

UNIVERSIDADE DO PORTO

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS  
DE ENFERMAGEM

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
ÁREA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA A SAÚDE

DELFINA DELMINDA PINTO DA CUNHA GOMES

1995

UNIVERSIDADE DO PORTO  
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS DE  
ENFERMAGEM

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
ÁREA FORMAÇÃO E DESENVOLVIMENTO PARA A SAÚDE

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciências da  
Educação - Área Formação e Desenvolvimento para a Saúde

Orientador - Professor Agostinho Ribeiro

Maria Delminda Pinto da Cunha Gomes  
1995

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Professor Agostinho Ribeiro, pela paciência e dedicação com que acompanhou a elaboração deste trabalho, que pelo estímulo e crítica, foi proporcionando o seu apoio, o seu saber, com as suas observações oportunas;

Ao grupo de enfermeiros das unidades hospitalares onde foi realizado o estudo empírico, pela ajuda e confiança dispensadas;

A todos os professores do Curso de Mestrado, pelas reflexões partilhadas;

A todos os docentes da escola superior de enfermagem D. Ana Guedes, pelo apoio e incentivo manifestados;

À minha família pelo apoio e paciência nos momentos mais difíceis.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1ª PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
1 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO PROBLEMA\$ SOCIAL E OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO	6
1.1 - O campo do conceptual das representações sociais	7
1.2 - A noção de representação social	9
1.2.1 -A representação como sistema sócio-cognitivo	11
1.2.2 -A representação como sistema prático	12
1.2.3 -Processos de formação das representações sociais	14
1.3 - As representações sociais no campo da educação	19
1.4 - As representações sociais no campo da enfermagem	20
1.4.1- As práticas sociais como factor de transformação das representações sociais	23
1.4.2 - A representação do corpo	23
2 - A IDENTIDADE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES SOCIAIS	26
2.1 - A noção de identidade	28
2.2 - Dimensões da identidade nos estudos actuais	31
2.3 - A identidade nas relações intergrupais	36
2.4 - A identidade profissional	41



3 - ORGANIZAÇÕES E CONTEXTOS DE TRABALHO	47
3.1- Cultura organizacional	48
3.2 -Organização do trabalho	50
3.3 - Formação e contexto de trabalho	52
4 - AS PRÁTICAS EM ENFERMAGEM E PERSPETIVAS PARA A SUA MUDANÇA	56
4.1- Perspectiva histórica da profissão de enfermagem	59
4.2 - Formação e práticas de enfermagem	72
4.2.1 - A enfermagem e o seu domínio de conhecimentos	79
4.2.2 - A importância da prática na construção de saberes	82
4.3 - Modelos de enfermagem na prática de cuidados	84
4.3.1 - Teorias e modelos	87
4.3.2 - O modelo de vida	95
2ª PARTE - REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS	100
5 - DISPOSITIVO METODOLÓGICO	100
5.1 - Pressupostos teóricos	101
5.2 - Construção do dispositivo	106
6 - ANÁLISE DA INFORMAÇÃO	108
6.1 - Caracterização dos actores	108
6.2 - Representações dos enfermeiros sobre a profissão de enfermagem	111

6.2.1 - Natureza da profissão e requisitos para o seu desempenho	111
6.2.2 - Estatuto da profissão	119
6.2.3 - Motivações e expectativas	129
6.3 - As práticas de enfermagem no quotidiano dos enfermeiros	133
6.3.1 - Assistência	133
6.3.2 - Participação	134
6.3.3 - Métodos de trabalho	136
6.3.4 - Autonomia	137
6.3.5 - Inovação	139
6.4 - Modelos de enfermagem e formação	140
6.4.1- Modelos de enfermagem	141
6.4.2 - Formação em enfermagem	142
CONCLUSÃO	144
BIBLIOGRAFIA	148
ANEXOS	161

## ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1- Estrutura da carreira profissional de enfermagem - Decreto-Lei 305/81 de 12 de Novembro
- Quadro 2 - Estrutura da carreira profissional de enfermagem - Decreto-Lei 437/91 de Novembro
- Quadro 3 - Distribuição dos actores segundo a idade
- Quadro 4 - Distribuição dos actores segundo o tempo de exercício profissional
- Quadro 5 - A importância relativa a aspectos do desempenho profissional
- Quadro 6 - A opinião dos enfermeiros sobre a profissão de enfermagem
- Quadro 7 - A importância relativa a algumas questões da prática, consideradas pelos enfermeiros
- Quadro 8 - As maiores aspirações para a vida pessoal do enfermeiro
- Quadro 9 - O conteúdo da relação na prestação de cuidados
- Quadro 10 - A opinião dos enfermeiros sobre a autonomia na sua área de actuação
- Quadro 11 - As situações que os enfermeiros gostariam de ver alteradas de modo a terem mais autonomia
- Quadro 12 - Os actos em que a enfermagem se sente mais autónoma
- Quadro 13 - Como é que os enfermeiros comparam os diferentes técnicos
- Quadro 14 - Como é que o enfermeiro se situa em relação a outros profissionais
- Quadro 15 - O grau de satisfação do enfermeiro quando presta cuidados
- Quadro 16 - As razões que levaram os enfermeiros a escolher a profissão de enfermagem
- Quadro 17 - A profissão de enfermagem e a evolução de conhecimentos
- Quadro 18 - A assistência em enfermagem
- Quadro 19 - A participação em enfermagem
- Quadro 20 - Os métodos de trabalho em enfermagem
- Quadro 21 - A autonomia em enfermagem
- Quadro 22 - A inovação em enfermagem
- Quadro 23 - Os modelos de enfermagem
- Quadro 24 - A formação em enfermagem

## INTRODUÇÃO

Nestas últimas décadas tem-se verificado uma transformação em ritmo acelerado nas diferentes áreas científicas, mas relativamente às ciências sociais é evidente uma preocupação no sentido de criar novas relações entre as pessoas, os grupos e a sociedade em geral (Hewitt, 1991). Consideramos que a enfermagem no nosso país tem sofrido, no mesmo período, uma evolução progressiva, sobretudo por influência das ciências sociais e humanas, o que suscita preocupação nos profissionais de enfermagem.

Os pressupostos anteriores, as preocupações e sentimentos levaram-nos a estudar as representações sociais das práticas dos enfermeiros, de modo a compreendermos a “crise” de identidade dos enfermeiros e de que forma as mudanças aceleradas da profissão têm contribuído para a filosofia actual da prestação de cuidados. Como complemento pretendemos com este estudo cumprir uma exigência académica.

Foi com total liberdade que seleccionámos um tema para a realização da dissertação no âmbito do Mestrado em Ciências de Educação - área Formação e Desenvolvimento para a Saúde. Nesta área tão abrangente, mas ao mesmo tempo tão limitada pela sua complexidade, tornou-se difícil a escolha e limitação do tema, tendo como condicionantes o tempo real e o tempo disponível.

No longo percurso profissional, inteiramente ligado à problemática do processo de formação dos enfermeiros, inúmeras questões nos têm confrontado com o binómio formação/contexto de trabalho, e com a inadequação entre ambos os termos. Daí o interesse pelo estudo das representações sociais dos enfermeiros numa perspectiva de reflexão sobre as práticas, com o objectivo de atingir a própria dinâmica das representações sociais dos enfermeiros, e uma filosofia de cuidados numa estrutura qualificante de trabalho.

Optámos por este estudo, por nos parecer bastante pertinente na actualidade. Não será inovador, mas pretende por um lado, estudar as representações sociais actuais das práticas, por outro dinamizar e reflectir na vida do quotidiano dos enfermeiros, com a finalidade de levar a uma nova visão do seu trabalho e construção da identidade profissional. Este trabalho pode, assim, constituir também um contributo para a formação, pelos elementos que fornece para a definição de um novo perfil do enfermeiro.

Moscovici considera que a teoria das representações sociais é um contributo essencial às ciências sociais. O seu principal objectivo é saber como se cria informação nova, uma vez que as representações sociais desempenham nas sociedades actuais, marcadas pela transformação, um papel semelhante ao do pensamento popular nas sociedades tradicionais. Esta reflexão tem levado a algumas mudanças nas relações intergrupais e profissionais, o que suscita alguns conflitos sobretudo a nível profissional. Para que as mudanças pessoais possam traduzir-se em mudanças sociais é indispensável o empenhamento dos actores envolvidos. No caso de uma profissão em desenvolvimento como é a da enfermagem, torna-se necessário que as suas representações sociais sejam permanentemente actualizadas. Um dos problemas com que se debatem hoje os enfermeiros reside na dificuldade em mudarem o desempenho da sua profissão, de modo a construirem uma nova visibilidade social e uma nova identidade profissional.

A enfermagem, dado o seu contexto histórico, sofreu um longo período de marginalização, tendo percorrido até aos nossos dias um caminho com fases de obscuridade e outras de maior luminosidade, onde se destacam acontecimentos marcantes relacionados com as reformas do ensino de enfermagem, com a inovação nos sistemas de formação em contextos de trabalho e na inter-relação do exercício de enfermagem com as instituições de saúde. Isto levou a alterações das representações sociais das práticas e ao desenvolvimento e afirmação profissional.

A enfermagem é uma ciência que utiliza conhecimentos da sua área de saber e das ciências em geral. No entanto a orientação social da profissão requer uma mobilização de saberes, competências e habilidades que permitam ajudar o indivíduo, a família e a sociedade a serem intervenientes e determinantes no seu potencial de bem-estar. Na

profissão de enfermagem aprende-se a lidar com o indivíduo no seu todo, de forma interdisciplinar e multidisciplinar, o que por um lado proporciona representações diferentes sobre a profissão, e por outro requer estratégias de negociação com as diferentes áreas de saber. Assim a problematização da prática profissional pode levar à capacidade de gerir os próprios sentimentos através da investigação no campo de trabalho.

A história de vida de cada pessoa está relacionada com a forma como cada um constrói a sua realidade. Ela faz parte da experiência de cada um, mas nem sempre de uma forma crítica e reflexiva. Não se pode ser original, criador e activo enquanto não se experimenta contentamento pelo trabalho realizado, na medida em que o seu rendimento é proporcional ao prazer a ele associado.

Assim a pertinência da dinâmica da formação na construção da história de vida contribui de certo modo para o desempenho profissional. Se considerarmos o conceito de profissão de António Nóvoa (1987) -“ensemble des intérêts se rapportant à l'exercice d'une activité institutionnalisée, dont l'individu tire ses moyens de subsistance, activité qui exige un corps de savoirs et de savoir-faire et l'adhésion à des conduites et à des comportements, notamment d'ordre étique, définis collectivement et reconnus socialement”- constatamos que para o autor está implícito que a uma profissão corresponde um corpo de saberes e saber-fazer próprio, específico e autónomo relativamente a outros domínios de conhecimento. Na definição, o autor ainda refere que este é o argumento principal utilizado pelos grupos que procuram a profissionalização da sua actividade e a melhoria do seu estatuto sócio-económico.

No entanto para Freidson (1970) o principal atributo da profissão é a autonomia, que se concretiza na capacidade de controlo que o profissional tem sobre o conteúdo e os termos do seu trabalho, sendo a maior parte dos atributos das profissões tanto consequência, como condição para obtenção dessa autonomia. Se a enfermagem pretende ser uma profissão com autonomia, necessita de um corpo de conhecimentos específicos que possam ajudar os enfermeiros a serem críticos a certas doutrinas sobre profissionalismos e criem um modelo que reflecta a sua singularidade e leve a práticas

inovadoras. Perante o exposto pensamos que o reconhecimento da enfermagem, como profissão, passa pela formação, por uma nova filosofia - uma enfermagem "responsável,"- pela aceitação social e pela organização profissional.

No nosso trabalho, depois de reflectirmos sobre o objecto de estudo, tentámos construir um referencial teórico articulado em quatro capítulos que constituem a primeira parte. O objectivo do desenvolvimento do quadro teórico que formulámos é explicitar a estabilidade/mudança social e profissional numa sociedade cada vez mais mutável. Assim no primeiro capítulo desenvolvemos o conceito de representação social, as representações sociais no campo da educação e as representações sociais no campo da enfermagem.

No segundo capítulo, dada a importância da identidade dos enfermeiros no contexto das representações sociais, procurámos desenvolver as dimensões actuais para o estudo da identidade, sobretudo no contexto das relações sociais, para compreendermos as dificuldades da identidade profissional dos enfermeiros.

No terceiro capítulo, articulando as questões mencionadas, pareceu-nos pertinente abordar o contexto organizacional do exercício da profissão de enfermagem, dando algum relevo à formação no contexto de trabalho.

Por último, debruçámo-nos sobre as práticas em enfermagem com perspectivas para a sua mudança. Neste sentido procurámos dar uma perspectiva histórica da profissão de enfermagem, e ainda uma visão da formação e das práticas em enfermagem. Foi preocupação nossa, neste quadro teórico, evidenciar algumas contradições existentes entre a identidade profissional dos enfermeiros e os paradigmas que têm contribuído para a construção da sua profissionalidade.

A segunda parte é dedicada ao trabalho empírico propriamente dito. Inicia-se com a apresentação do dispositivo metodológico, utilizado para a concretização do estudo. De acordo com a natureza do objecto de estudo e a limitação do tempo, entendemos que

a opção metodológica mais adequada era a aplicação de um questionário abrangente a um grupo de enfermeiros (180) distribuídos por três unidades hospitalares diferentes.

Num outro capítulo são apresentados os resultados do estudo acompanhados da respectiva análise. O estudo finaliza com a apresentação das suas principais conclusões. Este trabalho é exploratório e pretende ser crítico na problematização das práticas dos enfermeiros.

Completam este trabalho a lista da bibliografia consultada e, em anexos, o instrumento utilizado na colheita de dados e a análise global de vinte e cinco questões sobre as práticas dos enfermeiros.

Conscientes das dificuldades, mas pensando na possibilidade de vir a contribuir para um enriquecimento da reflexão em enfermagem, sentimos que valeu a pena investir.



*1.ª parte*

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO PROBLEMA SOCIAL  
E OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO

A noção de representação social ocupa um lugar particular na psicologia social e mostra como nós apreendemos os acontecimentos da vida diária, as características do meio ambiente, isto é um conhecimento “espontâneo,” “ingénuo,” considerado hoje como conhecimento do senso comum, o pensamento natural por oposição ao pensamento científico.

Moscovici ao criar a teoria das representações sociais refere-se à sua relação com a sociedade contemporânea caracterizada pela fluidez da comunicação, pelo desenvolvimento científico, pelo pluralismo e mobilidade social. Jodelet (1989). Deste modo, em muitos aspectos é um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado; as vivências da nossa realidade vão participar na construção social da mesma. Moscovici diz que com esta teoria “trata-se de compreender não a tradição mas a inovação, não mais uma vida social já feita mas a vida social a fazer-se” (1989, p. 83).

Para o autor, as representações sociais têm nas sociedades ocidentais o papel que nas sociedades tradicionais era desempenhado pelo mito ou pelo conhecimento popular. Moscovici ao construir a sua teoria de representações sociais refere-se à noção de representação colectiva de Durkheim onde se admite a independência da ideia partilhada em relação ao seu objecto Moscovici (1989), e que é o ponto de partida da sua investigação com a sua primeira obra “La psychanalyse, son image et son public” (1961).

Nas representações sociais, diferentemente do que Durkheim conceptualizava em relação às representações colectivas, admite-se a reciprocidade entre imagem e a significação; Moscovici (1986) refere que a imagem é sempre reenviada a uma rede de significação sistémica mais vasta e vice-versa. Ao considerar esta reciprocidade o autor enfatiza o carácter móvel das representações sociais dizendo que elas unem “conformidade e inovação, resistência e mudança, relações dentro e entre grupos” (1988, p. 219). De facto, as representações sociais são partilhadas por grupos que não coincidem com as categorias sociais pré-estabelecidas, na medida em que se correlacionam com sistemas de comunicação e interacção que lhes são específicas e modificáveis por eles mesmos, e pelo meio envolvente; neste contexto Jodelet (1989) afirma que a função das representações sociais é manter a identidade social - o equilíbrio sócio-cognitivo que lhes subjaz - protegendo, guiando e justificando condutas e interacções.

As representações podem reflectir o mundo exterior como reflexo de uma realidade; por outro lado, Moscovici considera que não há corte entre o universo exterior e o universo interior do indivíduo. Assim, a representação social é uma construção e não uma reprodução da realidade; envolve a ideia de sujeito, de autor e actor.

A ideia de reciprocidade entre a imagem e a significação permite-nos através das representações sociais relacionar o intelecto e o afecto, saberes abstractos e vida concreta dos indivíduos (Moscovici 1989).

### 1.1 - O CAMPO CONCEPTUAL DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para Durkheim a vida social é “essencialmente formada de representações” (p.366). Este conceito de Durkheim, esquecido pela sociologia, constituiu o ponto de partida para a abordagem psico-sociológica do pensamento social. No contexto da sociedade de hoje e das suas particularidades a compreensão do fenómeno das representações colectivas aconselha restrições no âmbito do conceito.

Resultante de uma reconceptualização sócio-cognitiva do conceito de representação colectiva de Durkheim, o conceito de representação social, segundo Moscovici, é um conceito chave para as diferentes ciências sociais. No domínio da psicologia social Moscovici, (1989) destaca as relações que a teoria da representação social estabelece com o interaccionismo simbólico, a fenomenologia e a etnometodologia e enfatiza a componente cognitiva das representações sociais, que era normalmente esquecida pelas outras ciências sociais.

Segundo Jodelet (1989) a teoria das representações sociais resulta num sistema teórico complexo que articula o funcionamento cognitivo do aparelho psíquico e o funcionamento do sistema social, grupos e interacção, elementos afectivos, mentais, sociais, cognição, linguagem, comunicação e relações sociais que as afectam. A autora, neste contexto, descreve o campo de estudo das representações sociais do seguinte modo: O centro de investigações é a representação que é sempre representação de algo (o objecto) por alguém (o sujeito). A relação com o objecto é uma relação de simbolização e de interpretação; e a representação é sempre construção e expressão do sujeito. Enquanto fonte de saber, a representação é uma modelização do objecto em suportes linguísticos, comportamentais ou materiais; enquanto forma de saber prático refere-se à experiência que a produz e ao modo como orienta a acção no mundo, e que lhe dá um carácter psico-social.

Podemos estudar a actividade representativa de um sujeito através de diferentes níveis de análise e perspectiva de acordo com os objectivos. No caso da representação social a análise é aquela que reenvia o sujeito para os seus grupos sociais; neste sentido as representações sociais são um produto das interacções e dos fenómenos da comunicação no interior de um grupo social, reflectindo a situação desse grupo, as suas estratégias e problemas. O sujeito põe em evidência os fenómenos de constituição social das representações e entende-as como resultado da actividade cognitiva e simbólica de um grupo social. Nesta perspectiva e lembrando Moscovici (1961, p. 309) “resolver problemas, dar forma às relações sociais, oferecer um instrumento de orientação dos comportamentos, são razões poderosas para edificar uma representação social.” No caso

dos profissionais de enfermagem tem uma funcionalidade específica por se tratar de um grupo sócio-cultural com raízes de subordinação a uma profissão com um estatuto social em destaque.

Daqui ressalta o carácter prático que as representações sociais têm; e neste grupo podem suscitar interrogações e reflexão de modo a organizar a interdisciplinaridade dos diferentes actores sociais na área da saúde, de forma a dar algumas respostas às práticas do quotidiano. O carácter prático das representações sociais resulta no fundo da sua relação com os sistemas de comunicação, que influencia a elaboração, manutenção e transformação dos sistemas intelectuais.

## 1.2 - A NOÇÃO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

O conceito de representação social aparece em sociologia com Moscovici (1961). Nestes últimos anos vai de um conceito a uma teoria à medida que se desenvolve em conhecimento. Neste sentido as representações sociais alimentam-se não só das teorias científicas, mas também das grandes vertentes culturais, ideológicas e experienciais das comunicações quotidianas. Assim, elas referem um fenómeno comum a todas as sociedades - a produção de sentido.

Existem diversas definições de representação social onde se acentua ora uma, ora outra das suas dimensões com o intuito de preservar as potencialidades do conceito. No campo da investigação constituem-se maneiras diferentes de formular a representação social como construção psicológica e social; esboçam-se ópticas diferentes tais como:

- uma primeira formulação limita o conceito de representação à actividade puramente cognitiva através do qual o sujeito constrói a sua representação;

- um segundo enfoque põe a tónica sobre os aspectos significantes da actividade representativa; considera-se que o sujeito é produtor de sentido, que expressa na sua representação o sentido da sua experiência no mundo social. O carácter social da

representação depende da utilização de sistemas de codificação e interpretação proporcionados pelos valores e aspirações sociais; neste sentido a representação é também considerada a expressão de uma determinada sociedade;

- uma terceira corrente trata a representação como uma forma de discurso, cujas características dependem da prática discursiva de sujeitos na sociedade. As suas propriedades provêm da situação da comunicação, da pertença social dos sujeitos e da finalidade do seu discurso;

- numa quarta óptica, é a prática social do sujeito que se toma em consideração; o sujeito é um actor social, tem uma posição, um lugar e produz uma representação que reflecte as normas institucionais derivadas da sua posição, das suas ideologias relacionadas com o lugar que ocupa (Gilly 1989);

- num quinto ponto de vista é o jogo das relações intergrupais que determina a dinâmica das representações no desenvolvimento das interacções entre os grupos, modificando as representações que os membros têm em si mesmo; o jogo das relações mobiliza uma actividade representativa destinada a regular, antecipar e justificar as relações sociais aí estabelecidas.

No sentido de explicitar a noção de representação social e não de definir o conceito, podemos dar ênfase a uma ou outra dimensão da teoria em que ela se integra. Um conceito de representação social tornar-se-ia muito redutor por mais completo que parecesse, devido à sua complexidade como fenómeno psico-social. As definições operacionais podem bloquear a capacidade heurística do conceito. Para Moscovici (1981, p. 81), as representações sociais “são um conjunto de conceitos, proposições e explicações criados na vida quotidiana no decurso da comunicação inter-individual. São o equivalente na nossa sociedade, dos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum”.

Esta descrição reveste-se de um carácter mediático, externo, permanente e temporal, dado que invade não só os indivíduos, os grupos e a sociedade, mas penetra em todos os domínios e espaços da vida humana, da qual decorre o reconhecimento pessoal,

profissional e social. Constitui uma “regra de ouro” que responde à problemática do saber experienciado e vivido na prática do quotidiano.

Para Abric (1989) a representação social “é o produto e o processo de uma actividade mental pela qual o indivíduo ou o grupo reconstitui a realidade com a qual é confrontado e lhe atribui um significado específico”.

A representação não é uma simples reflexão da realidade, ela é uma organização significativa. Esta significação depende de factores contingentes do próprio indivíduo e do meio social. A representação funciona como um sistema de interpretação da realidade que regula a relação dos indivíduos, determina os seus comportamentos ou as suas práticas; as representações orientam para a acção e para as relações sociais, configura-se assim uma transformação da perspectiva da Enfermagem: a prática como fonte de conhecimento e de reflexão dos profissionais mediante investigação no contexto da prestação de cuidados, destinada à compreensão do que se faz, de como se faz e a quem se faz, ajudando a ultrapassar as lacunas de um conhecimento profissional baseado na tradição, na autoridade. Lembrando Jodelet (1989) as representações sociais “são realidades mentais pelas quais os sujeitos se relacionam simbolicamente com os objectos e correspondem à interiorização de experiências práticas e modelos de conduta e pensamento”.

#### 1.2.1 - A representação como sistema sócio-cognitivo

É errado dizer-se que as representações sociais são representações cognitivas, diz Moscovici, (1986 p. 73). Efectivamente as representações sociais não são exclusivamente cognitivas, são também sociais, o que lhe dá uma especificidade na relação dos outros mecanismos cognitivos. A análise e compreensão das representações sociais e do seu funcionamento supõe sempre uma componente cognitiva e outra social; na primeira a representação supõe um ponto de vista psicológico, assume as regras que regem os processos cognitivos; na segunda os processos cognitivos estão determinados pelas

condições sociais, nas quais se elabora uma representação social. Esta dimensão gera regras que podem ser diferentes da “lógica cognitiva”. A coexistência destas duas lógicas permite-nos compreender por que a representação social integra o racional e o irracional, porque tolera e integra as contradições aparentes. Estas contradições são regras de funcionamento específico e são a intersecção dos processos cognitivos e da lógica social.

São partilhadas nos grupos sociais que as criam a partir de formas de interacção, de comportamento e de comunicação; assim enquanto fenómenos cognitivos, as representações sociais incluem a pertença a grupos e exprimem a sua visão da realidade e o sentido que orienta as suas relações com o meio e a sociedade.

Asch (1984) dizia que “a psicologia do especialista deriva da psicologia forjada pelo senso comum”. Os fenómenos das representações sociais que vemos pôr em evidência têm mais a ver com uma dinâmica onde o social e o cultural dão a sua forma à psicologia, isto devido à relação interpessoal introduzida pela dimensão corporal e à formação das representações de si e do outro. O desenvolvimento das perspectivas mais recentes que permitem integrar a dimensão social e corporal na análise dos aspectos cognitivos e afectivos da relação social, deveria constituir um novo avanço para a psicologia social e favorecer a unificação de diferentes campos (Jodelet, 1989).

### 1.2.2 - A representação como sistema prático

Pode dizer-se que o carácter prático das representações sociais resulta, no fundo, da sua relação com os sistemas de comunicação e como tal é importante na elaboração, na mutação e transformação dos sistemas intelectuais.

Moscovici (1989) reafirma o carácter social das representações sociais dizendo que há isomorfismo especial da estrutura cognitiva e das funções para agir e comunicar.

O saber prático, do senso comum - diz Moscovici - permite aos actores sociais adquirir conhecimentos e integrá-los de acordo com o seu funcionamento cognitivo e os

valores aos quais aderem; por outro lado facilita a comunicação social. Manifesta assim um esforço do homem para compreender e para comunicar (Moscovici, 1981). Tem como função compreender e explicar a realidade.

Jodelet (1989) insiste no modo como as representações sociais orientam a acção e a gestão de relações com o mundo servindo interesses de grupo. Segundo Herzlich (1973) a acção refere-se a uma prática social do sujeito que ocupa um lugar social onde se reflectem as representações sociais que regulam, antecipam e justificam as relações sociais; A função identitária das representações sociais define e salvaguarda a especificidade dos grupos e assume um lugar primordial no processo de comparação social.

Doise (1973), nas investigações sobre o papel das representações nas relações intergrupais, ilustra bem como a função de cada grupo é marcada por uma revalorização de certas características, cujo objectivo é salvaguardar uma imagem positiva do grupo a que pertence.

Para Semin (1989) as representações sociais preparam para a acção, não só porque guiam o comportamento, mas porque organizam o meio em que tomam lugar, remodelando-o e constituindo-o. A sua função de orientação guia os comportamentos e as práticas; determina o tipo de *demarche* cognitiva, que vai ser adoptado por cada grupo. A representação social reflecte a natureza das regras e dos lugares sociais.

A evolução das práticas sociais ou profissionais é uma das determinantes no conhecimento das práticas sociais; a este propósito Flament (1986) diz que “as práticas são a principal fonte das transformações das representações.” A análise das funções das representações sociais ajuda na compreensão da dinâmica social; a representação é informativa e explicativa, da natureza dos lugares sociais intra e intergrupos, e das relações individuais no desenvolvimento social; é um elemento essencial na compreensão das determinantes dos comportamentos, e das práticas sociais.

Jodelet e Moscovici (1984) dizem que, apesar da sua importância teórica, as práticas sociais são um domínio pouco estudado em psicologia social. No que se refere às



práticas profissionais dos enfermeiros, a observação no campo de trabalho é fundamental para o estudo da relação entre as práticas e as representações sociais.

Pelas suas funções de elaboração do senso comum, de construção da identidade social, a representação é a origem das práticas sociais; pelas suas funções justificativas, adaptativas e de diferenciação social, ela depende das circunstâncias exteriores e das práticas. As representações sociais ajudam ao desenvolvimento pessoal e profissional relacionando as práticas com o sentido e a intencionalidade da transformação identitária do grupo profissional dos enfermeiros. Aprende-se a resolver problemas relacionados com o campo de acção, o que confere um saber experiencial, com um carácter local e partilhado por um sentimento de pertença. As funções das representações sociais levam à interpretação e ao sentido das práticas do quotidiano dos enfermeiros.

Os elementos constitutivos de uma representação hierarquizada estabelecem relações que determinam o significado e o lugar que elas ocupam no sistema representacional.

A maior parte dos autores que estudam as representações sociais depois de Moscovici, estão de acordo com o conceito dado por ele; apenas Abric (1989) avançou com uma hipótese que além da definição dada “como um conjunto organizado...”, acrescenta que a organização de uma representação tem uma modalidade particular e específica: não somente os elementos da representação são hierarquizados, mas toda a representação é organizada à volta de um núcleo central constituído por um ou vários elementos que dão à representação o seu significado; mais adiante abordaremos melhor esta hipótese.

### 1.2.3 - Processos de formação das representações sociais

Os processos de formação das representações sociais mostram-nos como o social transforma conhecimento em representação e de como esta transforma o real. A função cognitiva mais importante das representações sociais é a integração da novidade, na

medida em que o meio envolvente é um meio teórico onde circulam teorias e ideologias sobre grandes questões facilitando a comunicação, levando o indivíduo a colocar expectativas, formas de intervir e a procurar no aleatório da vida respostas para uma nova concepção do homem, das representações sociais, Moscovici (1961) explicita dois processos: a objectivação e a ancoragem. Estes das relações sociais e da estrutura social.

Ao analisar a formação os processos foram identificados pelo autor a partir da realização de entrevistas e questionários à população francesa nos anos cinquenta acerca da teoria psicanalítica (cf Moscovici, 1969).

#### A objectivação

O processo de objectivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação, ou seja “à sua esquematização estruturante”. Este processo tem uma característica que é tornar concreto o abstracto; como diz Moscovici (1976) “objectivar é reabsorver um excesso de significados, materializando-os”. Este percurso envolve três momentos:

- selecção e descontextualização dos elementos da teoria. De acordo com critérios culturais, nem todos os grupos têm acesso à mesma informação, são seleccionadas de acordo com os valores e com os critérios normativos; as informações são apropriadas de acordo com os interesses e os valores grupais;
- construção selectiva. Trata-se de uma construção imagética e significativa, que reproduz de maneira visível uma estrutura conceptual e permite estabelecer comparações;
- a naturalização. Depois de esquematizados, integra os elementos que são apropriados são integrados como naturais. Os conceitos retidos no esquema figurativo e as respectivas relações constituem-se como categorias naturais e materializam-se.

Segundo Jodelet o processo de objectivação permite concluir que os processos cognitivos são mobilizados por condições normativas de interesse vital para grupos e indivíduos.

### A ancoragem

Este processo integra o objecto representado no quadro de pensamento, transformando-o e ao mesmo tempo enraíza socialmente a representação, dando-lhe uma significação e uma utilidade no mundo social.

A ancoragem situada dialécticamente com a objectivação articula as três funções básicas das representações sociais: integração cognitiva da novidade, interpretação da realidade e orientação de condutas e relações sociais. (Moscovici, 1986 p. 486).

A ancoragem como instrumentalização do saber permite compreender como os elementos da representação não só expressam as relações sociais, mas também contribuem para a sua construção; de facto as representações sociais oferecem uma rede de significados que permite a ancoragem da acção e a atribuição de sentido aos acontecimentos, aos comportamentos e aos factos sociais; isto é, a ancoragem refere a função social das representações.

Moscovici refere que a introdução do novo pode ser estimulada pelo carácter criador e autónomo da representação social; assim o processo de ancoragem, ao fornecer uma matriz que é partilhada socialmente, permite tirar conclusões rápidas, desenvolvendo-se a interacção de modo a confirmá-la.

Parece-nos concluir que a objectivação e a ancoragem são processos socio-cognitivos, isto é, processos cognitivos regulados por factores sociais. A diferença analítica entre a ancoragem e a objectivação é que a primeira procede do tipo e modo segundo o qual os factores sociais influenciam na construção do meio, enquanto na segunda analisam-se as estruturas e os processos cognitivos internos ou intrapsíquicos. (Moscovici, 1986).

Para compreendermos melhor pode citar-se o próprio autor: “se a objectivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade, a ancoragem permite compreender a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais”(Moscovici, 1961, p.318).

Moscovici (1961), fala das representações sociais na construção de um projecto, que possa responder à problemática específica - como é que o homem constrói a realidade? - a este propósito propõe “a análise dos processos através dos quais os indivíduos em interacção social constroem teorias sobre os próprios objectos sociais” (Moscovici (1961). Assim as representações sociais não se apoiam só em teorias científicas, mas em culturas, ideologias formalizadas, experiências e práticas do quotidiano.

As teorias psico-sociológicas sobre os grupos sociais e sobre os fenómenos da identidade social constituem um factor importante na compreensão da diferenciação social e na dinâmica das representações sociais. Hoje assiste-se a uma crítica dos modelos herdados do paradigma positivista desde o século XIX, dando ênfase à psicologia como ciência autónoma. Durante um século com a dominância positivista surgem alguns autores a reclamar uma psicologia compreensiva e de valor ecológico, isto é “que assegure o desenho da pesquisa, o sistema conceptual aplicado ao fenómeno estudado e que os procedimentos usados sejam capazes de proporcionar informação relevante acerca da variação sistémica (no tempo, no espaço e no contexto) das componentes do cenário que afecta o fenómeno em questão” (Winkel, 1987 em psicologia social, 1993). Procura-se uma psicologia capaz de responder às interrogações da interacção humana e aos contextos do quotidiano.

A teoria das representações sociais é sem dúvida uma tentativa de romper com a psicologia social “normal” e a formação de uma disciplina que estabeleça a ligação entre a psicologia e a sociologia, entre o indivíduo e a sociedade.

Moscovici diz que com esta teoria tenta compreender a inovação e quebrar com um paradigma da tradição, isto é compreender as mutações da vida social e a construção das representações sociais, expressas pelas vivências do dia a dia. A diferenciação das representações sociais tem sido associada a diferentes inserções dos indivíduos nas estruturas sócio-económicas e sócio-culturais. É no quadro das categorias oferecidas por essas representações que se desenvolvem redes de relações, no interior das quais se produzem e transformam as representações, isto é, por um lado a representação sobre a

estrutura social suscita sistemas de categorização ou grupos sociais; por outro as representações sociais são construídas no interior dessas categorias ou grupos sociais.

Segundo alguns autores um grupo social deve ser considerado como uma totalidade dinâmica, caracterizada pela interdependência entre os seus membros; um grupo só existe quando um colectivo de indivíduos se auto-percepcionam como interdependentes e prosseguindo objectivos comuns. A propósito podemos verificar duas posições diferentes sobre os grupos sociais:

- a que enfatiza o processo de categorização;
- a que dá relevo aos fenómenos de interdependência e estruturais.

Isto leva-nos a considerar níveis diferentes na apreensão dos grupos sociais: um nível a que corresponderão os grupos pré-estruturados, decorrentes dos processos de categorização; e um outro que se constrói sobre a própria categorização e que corresponde aos grupos estruturados com objectivos comuns unidos por laços de solidariedade. A especificidade da situação de cada grupo social contribui para a especificidade das representações, e por sua vez para a diferenciação dos grupos sociais (Moscovici, 1961). Isto posiciona-nos no contexto dos fenómenos de diferenciação e identidade social; assim as relações intergrupais modelam as representações, mas por outro lado cada grupo já dispõe de um sistema de representação que lhe permite antecipar os comportamentos e programar a sua estratégia de acção.

Doise e Palmonari (1986) dizem que as representações sociais são o que da ideologia é mais concreto e imediatamente atingível, quer no domínio cognitivo, quer no domínio das condutas; se o universo das ideologias é vasto e estático, o universo das representações sociais é difuso e sempre mutável; se as ideologias se distanciam da acção, as representações sociais produzem a acção e são parte do universo de cada um.

“Não é a consciência do homem que determina a sua existência, pelo contrário é a sua existência social que determina a sua consciência” (Marx, 1859-1973, p.28). Ao reflectirmos neste pressuposto de Marx podemos analisar as representações sociais

enquanto “princípios geradores de tomadas de posição ligadas a inserções específicas no conjunto das relações sociais” (Doise, 1990).

### 1.3 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CAMPO DA EDUCAÇÃO

Doise (1980) insere a noção de representação social na compreensão dos factos educativos. Deschamps a este propósito diz-nos que o estudo das representações sociais ligadas ao campo educativo traz uma nova explicação de mecanismos pelos quais os factores sociais agem sobre o processo educativo e influenciam os resultados, isto é, favorece as articulações entre psico-sociologia e sociologia da educação. Os trabalhos neste campo contribuem sobretudo na construção e nas funções das representações sociais.

Gilly (1989) diz mesmo que “o campo educativo aparece como um campo privilegiado na construção, evolução e transformação das representações sociais, no seio dos grupos sociais, e esclarece-nos sobre o papel da sua construção na relação destes grupos ao objecto da sua representação”. Isto leva-nos a compreender porque é que os sistemas de representações poderão ser factos de contradições; estas contradições articulam-se em totalidades coerentes à volta de esquemas dominantes que conferem às representações sociais níveis funcionais de adaptação, segundo os níveis da realidade com os quais são confrontados os sujeitos. Podemos perceber assim o papel das representações sociais na preservação do seu próprio equilíbrio e da sua necessidade de coerência no decorrer das práticas sociais.

A percepção e o desenvolvimento destes fenómenos podem ser analisados numa perspectiva diacrónica, isto é em momentos diferentes; e numa perspectiva sincrónica, através da análise de elementos contraditórios, em cada momento, estudando as justificações das práticas.

Para que as representações sociais se transformem profundamente era necessário modificar o funcionamento das instituições e das práticas profissionais. No caso da saúde,

e especificamente da enfermagem, há uma institucionalização do poder, pouca partilha, onde a hierarquia é mais importante do que as relações de saber entre todos os elementos que fazem parte das instituições. Parece-nos que no modelo hierárquico actual, onde o poder económico é bem marcado, não podem emergir novas representações das práticas dos profissionais de enfermagem, sem que se transformem também os sistemas de gestão nas organizações, se crie uma nova dinâmica de equipas de trabalho onde a interdisciplinaridade seja um dado concreto. Como diz Dubar “para que haja uma formação inovante tem que haver uma transformação da identidade profissional, através da optimização e modernização das instituições”. Neste sentido, identidade será uma forma de representar a sua vida profissional; assim só dando uma dinâmica diferente às identidades profissionais podemos transformar as representações sociais nas práticas profissionais.

#### 1.4 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CAMPO DA ENFERMAGEM

Flament, (em Abric 1994) diz que “as práticas são a principal fonte, senão a única das transformações das representações”.

As práticas profissionais ligadas à função do enfermeiro oferecem um bom campo de estudo à psicologia social e particularmente no que se refere à relação entre as práticas e as representações sociais. O saber em enfermagem começou por ser fundado pelas prescrições médicas, isto é fazia parte do saber médico. Foi-se construindo progressivamente num saber específico da enfermagem, à medida que os currículos escolares de enfermagem evoluíam e, por outro lado, os profissionais se impunham lentamente com alguma autonomia nas suas práticas. Mais tarde, o saber em enfermagem sofreu uma teorização mais alargada e subsidiada por outras disciplinas que contribuíam para a visão holística do homem, dando outro sentido às práticas profissionais.

Poletti, (em Abric 1994), que desenvolveu alguma teorização neste campo, mostra-nos como a enfermagem foi evoluindo ao longo dos tempos pelo seu saber, que

hoje é mais específico e mais aprofundado. O Cuidar em enfermagem comporta na sua história dois campos distintos:

- um campo tradicional, inerente à prescrição médica na qual o enfermeiro se situa e apenas executa os actos prescritos pelo médico;
- um campo relativo ao seu próprio papel de actuação, no qual possui uma real autonomia e aplica o seu próprio saber.

O papel do enfermeiro passa a ser não de subserviência, mas de complementaridade e de colaboração. O enfermeiro hoje tem um conjunto de competências técnicas e relacionais que garantem a sua responsabilidade, assim como se apoia numa metodologia científica ao prestar cuidados específicos ao doente, à família e à sociedade. Na medida em que os níveis de intervenção são diferentes, os elementos das equipas tendem a completar-se e não a sobrepor-se, até porque a intervenção do médico, por exemplo, está centrada na doença, enquanto que a do enfermeiro está centrada na “pessoa cuidada”, na sua globalidade como um ser biológico, psicológico, antropológico, social e cultural.

O papel do enfermeiro constitui em si uma prática inovadora, no entanto, ainda hoje se verifica uma certa forma tradicional da profissão de enfermagem; mas pode pensar-se que o acesso às novas práticas constitui um determinante poder na transformação das representações sociais. Assiste-se a uma dinâmica cultural no campo das profissões, não só porque se pensa mais no que se faz, porque se faz, e como se faz, mas também porque as relações intergrupais são cada vez mais necessárias para um eficaz funcionamento das instituições. Não podemos correr o risco de analisar as práticas dos enfermeiros sem contextualizarmos os aspectos ligados à gestão das organizações, e à influência do modelo biomédico preconizado durante muitos anos e ainda hoje patente na mentalidade de muitos profissionais da saúde.

Parece-nos pertinente perguntar: Como evoluíram as representações sociais dos enfermeiros? Como se transformaram as representações sociais? Quais são as consequências dessa transformação?



A maioria dos autores conclui, hoje, que as práticas têm um efeito enorme sobre a transformação das representações sociais, ou seja o acesso às novas práticas modifica a estrutura da representação, logo as representações sociais são fundamentais no estudo compreensivo das práticas e dos objectos sociais. Admite-se que a análise estrutural das representações sociais é fundada sobre dois domínios de estudo complementares:

1.º- o das relações entre os elementos;

2.º- o papel da centralidade de certos elementos que organizam a totalidade do campo representacional.

Isto remete-nos para a hipótese do núcleo central que chama a atenção para a dimensão estrutural das representações sociais. Segundo Abric, (1994) “é o fundamento da estrutura e da natureza da representação”, e toda a representação é organizada em torno de um núcleo central ou estruturante que determina a significação do conjunto.

Esse núcleo assegura uma função geradora - pela qual se criam e transformam os significados dos elementos constitutivos da representação, isto é, pela qual estes elementos tomam sentido e validade; e uma função organizadora - que detém a relação entre os elementos, assegurando a estabilidade e a unidade da significação de conjunto.

O núcleo é determinado pela natureza do objecto representado, pela relação em que a representação é produzida, é assim o elemento mais estável e mais resistente à mudança da representação. A sua ausência desestruturaria por completo a representação, ou mudar-lhe-ia por completo o significado. No entanto a representação pode evoluir por mudança de sentido dos elementos periféricos, mas esta transformação não muda o significado global da representação.

Doise (1990, cf. J.Vala) propõe uma definição de representação social que vai de encontro à noção de núcleo central como gerador de tomada de posição “são princípios geradores de tomadas de posição ligadas às inserções específicas num conjunto de relações sociais e organizando os processos simbólicos que intervêm nestas relações”. O autor considera que as tomadas de posição se efectuem através das interacções sociais e

considera todos os objectos sociais importantes; sugere-nos que se trata provavelmente de princípios de oposição, de hierarquia, de dicotomia, de adaptação e de assimilação.

#### 1. 4. 1 - As práticas sociais como factor de transformação das representações sociais

As práticas sociais são de qualquer forma a interface entre circunstâncias externas e prescrições internas da representação social; são os comportamentos globais que evoluem para se adaptar às mudanças de circunstâncias externas.

Poder-se-à perguntar se são as práticas sociais que determinam as representações, ou vice-versa, ou são as duas indissociáveis e interdependentes? Apesar da discussão polémica destas questões, os autores chegam à conclusão que a existência de uma relação entre representação e práticas sociais é indubitável. A análise da prática social pressupõe pelo menos dois factores essenciais: as condições sociais, históricas e materiais nas quais se inscreve; e por outro lado o modo de apropriação onde os factores cognitivos, simbólicos, representacionais, têm igualmente um papel determinante.

Jodelet, a este propósito, diz que a análise de uma representação social necessita de descobrir os princípios da sua actualização “il faut connaître l’espace d’application de l’activité représentative pour en spécifier la nature (cognitive, idéologique, symbolique, prescriptive, etc)” (Jodelet, 1984 p.31).

Se as representações são determinadas pelas normas e valores, pelas “matrizes culturais de interpretação”, então a compreensão das relações entre representações e práticas sociais supõe sempre um duplo trabalho de análise e de conhecimento.

#### 1.4.2 - A representação do corpo

A forma como lidamos com o nosso corpo e o corpo dos outros, pode ser um indicador de desenvolvimento, de saúde e de prazer, mas também pode ser um desprazer e levar à rejeição, ao mal estar e ao insucesso. A imagem do corpo é a configuração

global das representações, das percepções, sentimentos e atitudes que o indivíduo elabora em relação ao seu corpo, à sua existência e às diferentes experiências vivenciadas.

Segundo Schilder (1968), a imagem do corpo não existe em si, ela é uma parte do mundo mas não é somente o mundo exterior, é também dotada de uma estrutura diferente da da imagem física do corpo, ela tem uma personalidade.

Alguns autores referem que a aquisição progressiva do seu corpo tem a ver com múltiplas aquisições, nomeadamente as cognitivas e não apenas o visual, e o movimento. Poder-se-à dizer que o desenvolvimento da imagem do corpo consiste em perceber o seu corpo, como diferente dos outros, como seu; o que corresponde a uma apreensão de si como objecto e como sujeito.

A satisfação corporal aparece por um lado ligada ao conceito de auto-estima, e por outro aos aspectos adaptativos de ordem relacional e somática. Se pensarmos em termos relacionais e que todo o comportamento é comunicação, podemos perceber como é importante o nosso corpo e o significado que lhe é atribuído especificamente na profissão de enfermagem, uma vez que é marcada pelo contacto físico e cria automaticamente uma representação de muitas das suas qualidades (psicológicas, técnicas, humanas, relacionais e outras).

Ao pensar no corpo podemos reflectir na visão antropológica e cultural do mesmo, pois a imagem é constituída em grande parte pelos estereótipos sociais exteriorizados por cada pessoa e grupo, tendo em conta a sua auto-imagem. Logo, o grau de satisfação corporal vai interferir na auto-estima e no auto-conceito, levando o indivíduo a reagir de diferentes formas às agressões e aos conflitos.

O impacto do corpo do indivíduo sobre diversos aspectos da personalidade será mais ou menos determinado por factores constitucionais e por atitudes e comportamentos de origem social e cultural. O corpo vivido não é apenas um corpo anátomo-fisiológico, é uma realidade subjectiva, há uma vivência psicológica, antropológica e cultural.

A vivência do corpo desempenha uma função adaptativa para com o próprio corpo e com o exterior; também tem uma função expressiva, levando a uma representação social.

Ao estudarmos as práticas de enfermagem torna-se necessário compreender a teoria e a prática dos cuidados a prestar ao ser humano tendo em vista o bem-estar físico, mental e social do indivíduo, família e sociedade.

As noções de “corpo,” “saúde,” “doença” são construídas social e culturalmente, e por isso se recorre a estudos antropológicos para estabelecer as estratégias de prevenção e promoção da saúde de uma determinada região e país. As atitudes, relativamente à doença, são diferentes de pessoa para pessoa dentro da mesma sociedade, mas são ainda diferentes em sociedades diferentes.

### O Corpo e a doença: sua representação social

A apropriação da noção de corpo e de doença passa pela consciência e forma como cada um vive o seu corpo, pelo valor que lhe atribui e pela interacção indivíduo/sociedade. O uso do corpo varia conforme o sistema de pensamento do grupo onde o indivíduo está integrado; este cria símbolos e imagens através dos quais interpreta a vida humana; isto é, reproduz os valores que a sociedade transmite, assim como a normalização de comportamentos.

Assim a dimensão social da doença depende das representações sociais de cada grupo e do sistema organizacional. O conceito de doença, tal como o da saúde, é variável, pois tal como o nascimento e a morte, a doença é um acto social, determinado pela natureza biológica do ser humano; a única diferença é que não é irreversível como a morte.

S. Sontag (1977) dizia que a doença é uma metáfora; através das concepções de doença os homens falam dos seus conceitos de sociedade e das suas relações sociais. Para se interpretar socialmente a doença é necessário contextualizá-la através das relações no grupo a que pertencem e das representações sociais da sociedade em causa. A este propósito podemos citar uma expressão interessante: “cada indivíduo tem a sua própria teoria de como gerir as suas condições para a manutenção do corpo e da saúde, resultante daqueles saberes e da sua própria interpretação” (Iturra, 1988).

Hoje assiste-se a uma especialização enorme no atendimento ao doente o que faz com que o indivíduo seja analisado pelo “órgão” que tem sintomas em vez de se atender à pessoa no seu todo. A doença é indissociável do indivíduo e da sociedade independentemente dos órgãos afectados. Por vezes dá-se atenção a parte do problema e raramente se analisa o contexto familiar, profissional, social e outros; actualmente a abordagem sistémica do indivíduo é uma realidade, e sabe-se que as causas do mal-estar são diversas não havendo especificamente uma ou outra causa. Por isso é fundamental ouvir o que o doente e/ou família têm para dizer.

No dizer de Boaventura S. Santos (1987, p.46) a hiper-especialização do saber médico transformou o doente numa quadrícula sem sentido, quando de facto nunca estamos doentes senão em geral. Ao analisarmos o psíquico, o somático e o psicossomático estamos a dividir o homem, quando de facto ele é um todo.

O corpo é um objecto social, no sentido em que as representações que dele temos são construídas socialmente. Jodelet (1976) procurou identificar as categorias mentais e os modelos cognitivos e normativos que controlam a experiência vivida e o nosso conhecimento do corpo.

## 2 - A IDENTIDADE NO CONTEXTO DAS RELAÇÕES SOCIAIS

É sem dúvida G. H. Mead (1962), o primeiro a descrever de forma coerente e argumentada a socialização como construção de uma identidade social, na interacção social ou comunicação. Como Max Weber, G. H. Mead considera que o primeiro feito é o acto social, que implica a interacção de diferentes organismos, isto é, uma adaptação recíproca das suas condutas na elaboração do processo social (Dubar, 1991).

A teoria da identidade social integra-se na psicologia europeia; situa-se num contexto metateórico que critica o carácter individualista, assumido pela psicologia social a partir dos anos cinquenta. A construção teórica que decorre dessa crítica integra-se numa perspectiva sócio-psicológica interactiva (Hogg e McGarty, 1990).

Tajfel (1981) situa o grupo num quadro de interdependência, na medida em que as características identificatórias do grupo adquirem o seu significado através da comparação social.

Deschamps (1980) não considera esta interdependência no quadro das relações intergrupos sociais, mas situa-a na relação de um universo simbólico comum, que define as posições relativas dos grupos. O conceito de grupo está associado a um conjunto de elementos que participam na identificação dos seus membros. Esta abordagem da identidade social situa-se numa perspectiva psico-sociológica, na medida em que articula as condições objectivas da relação intergrupos com uma dimensão cognitiva que faz da identidade social um constructo subjectivo.

Na compreensão interna das representações cognitivas, afectivas, perceptivas, operacionais reside a chave da construção operatória das identidades (Dubar, 1991, p. 106). Esta construção implica o reconhecimento do outro, é uma construção conjunta.

Para Tajfel, a identidade social "...está associada ao conhecimento de pertença aos grupos sociais e ao significado emocional e avaliativo dessa pertença" (1981). O autor alarga a dimensão social da identidade à importância de pertença ao grupo, e preocupa-se em mostrar a especificidade das relações intergrupais determinadas pela pertença a grupos sociais.

Actualmente, Dubar (1991) estuda a socialização como um processo de construção identitária registando as transacções entre o indivíduo e a sociedade. O processo de socialização, segundo o autor, caracteriza-se pela experiência de vida e pela vida profissional que resulta de uma dúpla transacção:

- uma transacção biográfica que se articula no tempo em continuidade ou em ruptura da identidade herdada de uma trajectória do passado, e da identidade como projecto do futuro;
- uma transacção relacional ou estrutural que concerne a relação entre a identidade para si e a identidade atribuída pelos outros.

Segundo Erikson (1976) a identidade social não é transmitida de geração em geração; ela é construída por cada geração com base nas categorias e posições herdadas

da geração anterior, e também através de estratégias identitárias desenvolvidas nas instituições, que contribuem para essa transformação.

## 2.1- A NOÇÃO DE IDENTIDADE

O termo identidade significa “sentimento subjectivo de uma unidade pessoal e de uma continuidade temporal” (Erikson, 1976). Têm-se feito estudos para estabelecer a diferença entre a identidade pessoal e a identidade social. Ambos os tipos de identidade podem ser compreendidos, se considerados em conjunto e contrastados com o que Erikson e outros chamam de identidade do “Eu” ou identidade “experimentada”, ou seja o sentido subjectivo da sua própria situação, continuidade e carácter que um indivíduo vem a obter como resultado das suas experiências sociais.

A identidade do “Eu” é sobretudo uma questão subjectiva e reflexiva que deve necessariamente ser experimentada pelo indivíduo, cuja identidade está em jogo. O indivíduo constrói a imagem que tem de si próprio, a partir do mesmo material do qual as outras pessoas já construíram a sua identidade pessoal e social, mas tem uma considerável liberdade em relação àquilo que elabora.

O sentimento de identidade resulta dum processo evolutivo que marca todo o ciclo de vida, mas especialmente a infância; este processo não se faz sem crises nem rupturas, acompanhado das transformações biológicas, psicológicas e sociais. A identidade não é simplesmente a soma das identidades passadas: a adolescência é um período de ruptura onde o jovem abandona certas identificações, para escolher novas. Esta identidade depende do sentimento colectivo de identidade que caracteriza os grupos a que pertence (Erikson, em Lipiansky, 1990).

O sentimento de identidade oscila entre um polo representado pelo ideal do Ego e pelo Super-Ego, marcando a interiorização dos modelos sociais, e um polo traduzindo a percepção que o sujeito tem de si próprio no seu empenho na realidade social; é na interacção que o indivíduo se constrói, se define relativamente aos outros, e é reconhecido pelos outros; a identidade é construída à medida que a pessoa participa na

vida social e se identifica com os outros. A identidade, como conceito geral, diz respeito às diversas situações, criadas pelo indivíduo e pelos grupos em que participa; se considerarmos que a realidade da pessoa é simultaneamente biográfica e situacional, isto é, depende da história de vida de cada pessoa, nos diferentes contextos. Neste sentido, Hewitt (1991), distingue identidade biográfica e identidade situacional, relacionando a identidade pessoal e social à biografia do indivíduo, e a definição da situação à identidade situada.

O termo identidade pessoal pode referir-se a duas ideias principais: marcas positivas ou apoio de identidade, e a construção única de itens da história de vida, que são incorporados ao indivíduo, com o auxílio desses apoios para a sua identidade.

Zavalloni (1979), introduziu o conceito de representação social no estudo da identidade, e definiu identidade social como “um núcleo central de percepção individual, resultando de um conjunto de compostos psico-sociais”. A aproximação de identidade social com o fenómeno representacional verifica-se, segundo o autor, porque o conceito permite uma mediação entre o individual e o social; permite mediatizar as relações entre indivíduos, grupo, sociedade, cultura, que parecem fundamentais na concepção da identidade, como desenvolve Deschamps (1980). A identidade é pois, considerada como resultante da interacção entre as dimensões sociológicas e psicológicas do indivíduo; é das relações entre o indivíduo e a sociedade que emergiria a identidade.

Sarbin e Allen (1968), falam-nos de identidade social como “uma parte do processo de si mesmo, representando as cognições resultantes das situações na ecologia social”. A noção de identidade está ligada às posições que o indivíduo ocupa na sociedade.

Para os autores acima mencionados, a identidade abrange três dimensões: o estatuto - posição na estrutura social; o valor - o papel coloca a pessoa na dimensão de estatuto, ao papel associam-se expectativas que exprimem juízos de valor; a implicação - que se refere à importância do papel para a pessoa visada, a qual se manifesta em termos da saliência de papel. Segundo os autores, a partir destas três dimensões é possível apreender a identidade de qualquer indivíduo.



As relações entre a identidade pessoal (consciência subjectiva da identidade), e a identidade social (os atributos sociais objectivos), afectam a percepção de si próprio, os valores sociais, e reciprocamente.

Tajfel (1982), diz-nos que a identidade social dum indivíduo está ligada ao conhecimento da sua pertença a certos grupos e ao significado dos mesmos. Em cada cultura as categorias, os grupos, os papéis sociais, as ideologias têm protótipos valorizados pelas figuras de referência criando modelos identificatórios ao indivíduo.

Estes modelos interiorizados fornecem um suporte e um conteúdo à identidade social, que é por vezes uma identidade subjectiva, vivida para si e para os outros, pelas características identificatórias no exterior.

A noção de identidade pessoal remete-nos mais para a consciência de si como individualidade única, singular. A articulação da identidade social e da identidade pessoal é implícita e as duas sobrepõem-se; a propósito Tap (em Lipiansky 1990) diz: “a minha identidade é o que me faz parecido a mim mesmo, e diferente dos outros; é o que sinto como pessoa e da mesma forma como personagem social; é por isso que me defini e me conheço, me sinto aceite e reconhecido, rejeitado e irreconhecido por outros, pelos grupos e cultura em que estou inserido”.

A identidade social designa portanto a representação de si que o indivíduo procura construir nas interações em que está implicado, representação que procura que seja confirmada e reconhecida pelos outros de acordo com os modelos culturais e sociais.

A identidade tem duas funções: a integradora e a adaptativa. A primeira define-se pela preservação do “Eu” como unidade integrada; a segunda permite a adaptação do indivíduo a situações relacionais. A identidade social tenta adaptar-se às normas, valores e modelos sociais, mas ao mesmo tempo confere ao indivíduo a possibilidade de agir como um ser único e diferente dos seus semelhantes.

Parece um paradoxo, mas permite compreender as relações interactivas e a experiência subjectiva de cada indivíduo; segundo as situações e os indivíduos, a procura de reconhecimento e defesa da identidade vão entrar tanto nas estratégias de assimilação, como nas de diferenciação. Para a primeira, o indivíduo procura a conformidade, a

similaridade e rejeita a diferença; para a segunda, ao contrário, o indivíduo distingue-se pela singularidade e originalidade.

Estas duas estratégias podem levar o indivíduo a procurar, por exemplo, a conformidade com os membros do seu grupo (ou de referência), tendo em conta a diferenciação com os que pertencem a outros grupos. Elas são determinadas pelas necessidades identitárias, mais prementes em cada situação, por exemplo necessidade de existência (visibilidade ou invisibilidade), de inclusão, de controlo, e de valorização; pois segundo os contextos e as personalidades, uma mesma necessidade pode ser satisfeita por apreensão de similaridade ou por diferenciação.

O indivíduo busca uma imagem para si e para os outros, valorizada e reconhecida, através da semelhança, da diferenciação ou simultaneamente das duas. Pode haver situações onde a valorização dessa imagem não existe, é o que Erikson (1976) chama de “identidade negativa”: o indivíduo pode identificar-se em certos casos a papéis estigmatizados, indesejáveis e desvalorizados. Esta escolha de “identidade negativa” representa uma tentativa desesperada para encontrar uma identidade, e se adaptar a um contexto no qual os modelos de identificação positiva parecem inacessíveis.

Importa percebermos que as identidades sociais se constroem por integração e por diferenciação, por inclusão e por exclusão, por intermédio de práticas de confirmação e de práticas de distinção; logo este processo é feito de complementaridade, contradições e lutas. A identidade constrói-se numa dialéctica de interioridade e de exterioridade, de identificação e de diferenciação do conjunto, da continuidade, do conhecimento de si e do olhar do outro. É conveniente ver esta dialéctica na interacção afectiva, cognitiva e social, entre o sujeito e o seu interlocutor.

## 2.2 - DIMENSÕES DA IDENTIDADE NOS ESTUDOS ACTUAIS

Nos estudos actuais da identidade é notória a influência de Erikson, no entanto, as mudanças sociais e epistemológicas verificadas relativizam algumas das ideias do autor, que estariam “bem” na sociedade do seu tempo.

Lipiansky (1990) considera que se deve a Erikson o carácter social da psicologia individual, o apelo a trabalhos na área da identidade, e a problematização de duplo referente cultural da identidade. Na psicologia social procura-se sobretudo uma nova reflexão entre o individual e o social.

De facto a noção de identidade estabelece uma ligação entre o psicológico e o sociológico (Zavalloni, 1973); este aspecto é hoje analisado por psicólogos e sociólogos, visto que “receber uma identidade é um fenómeno que deriva da dialéctica entre o indivíduo e a sociedade” (Berger e Luckmann, 1976), no entanto a dimensão social da identidade tem sido objecto de diferentes conceptualizações.

No estudo actual da identidade apela-se para uma nova definição de saber e de pessoa, colocando o conhecimento psicológico no âmbito social. Estas novas teorias explicam e informam a sociedade do que o indivíduo pode ou não pode fazer, e dos limites ao seu desenvolvimento humano; permitirão “ordenar” de novo a vida social “desordenada” pelo desgaste das teorias tradicionais (Gergen, 1987).

No dizer do autor, muitas destas ideias estão patentes no interaccionismo simbólico, pois clarificam o carácter simbólico das interacções sociais, e reconhecem que o sujeito é construtor da sua própria realidade. Com o interaccionismo simbólico enfatizou-se a relação indivíduo-meio, tendo por base o desenvolvimento humano; isto pode explicar como as pessoas interagem no processo social, e define a possibilidade de uma comunicação intersubjectiva, isto é, um método de introspecção que leva a que se possa imaginar as coisas como os outros as imaginam, construindo a consciência de si e do outro (Marc e Picard, 1989).

Para os autores, a subjectividade não é só a comunicação entre duas consciências; ela é fundamentalmente o processo pelo qual as consciências se constroem e acedem ao sentimento da sua identidade. Isto leva-nos a pensar que o interaccionismo simbólico pretende analisar a interacção social, nas suas relações com a subjectividade; é no processo de comunicação social que se elabora a consciência de si.

Para abordar os factos psico-sociológicos da comunicação pode falar-se do modelo proposto por Anzieu e Martin (1971, cf. Marc e Picard, 1989). Este modelo assenta em três elementos principais:

1 - A personalidade é caracterizada por uma história pessoal, um sistema de motivações, um estado afectivo, um nível cultural e intelectual, um quadro de referência, um estatuto social e os papéis psico-sociais. Todos estes elementos definem a identidade quer pelos elementos biopsicológicos, quer por elementos psico-sociológicos, relativos aos grupos a que pertencem. Estes factores identitários colocam o indivíduo no interior das relações instituídas pela cultura e sociedade em que está inserido, impondo-lhe um certo tipo de comunicação.

2 - A comunicação é um meio de evolução, e depende dos objectivos que se estabelecem nos interlocutores, que de algum modo influenciam o conteúdo e o estilo de comunicação.

3 - A significação os indivíduos escolhem as significações, que dependem de símbolos; pois as pessoas comunicam no mesmo universo simbólico e têm os mesmos quadros de referência. A significação reenvia para representações sociais mais ou menos partilhadas por uma comunidade. A comunicação não é apenas verbal, implica gestos, mímica, movimento, atitudes posturais...

No estudo das representações sociais das práticas dos enfermeiros o aspecto da comunicação é crucial; assim terá sentido a abordagem da linguagem do corpo, que no dizer de Birdwhistell (1970) e Argyle (1975), (cf. Marc e Picard, 1989, p. 32), é a parte mais importante da comunicação. Não passa apenas pelas palavras, gestos, mas pode sobretudo ser uma interacção comunicativa no aspecto emocional e afectivo, tão visível na prática dos enfermeiros.

A comunicação estabelece também uma forma de relação psico-social entre duas pessoas. Por relação psico-social entende-se uma relação determinada pela identidade social dos interlocutores (a idade, o sexo, o papel, o estatuto), isto é, um certo lugar na estrutura da hierarquia social.

Cada cultura comporta uma representação do tempo, representação essa elaborada a partir das práticas do quotidiano, da interacção grupal, dos estilos de vida e também dos valores e tradições herdadas do passado. Estas representações oferecem uma certa orientação à vida humana, nas diferentes escolhas de tempos, ritmos e outros.

O tempo da interacção social não marca apenas as diferenças culturais mas também o interior de cada sociedade, segundo os grupos, as idades, modos de vida, sexo.

Segundo Goffman, “as actividades sociais são repartidas em actividades públicas nas quais os actores exercem um controlo estrito sobre os seus comportamentos e em actividades mais ou menos privadas, durante as quais o controlo se relaxa.” O autor demonstra como a auto-apresentação é importante para a comunicação interpessoal; a noção de auto-apresentação ocorre em todo o comportamento verbal ou não verbal de todos os contextos públicos.

A teoria de Rogers é a mais abrangente formulação teórica, relacionada com a abordagem humanista da comunicação interpessoal. Rogers iniciou a teoria do “Eu” a partir de uma posição fenomenológica, ou seja, o organismo é o “locus” de toda a experiência; o campo fenomenal é a totalidade da experiência da pessoa e reside na própria pessoa. O autor acredita que nunca podemos vivenciar a experiência de outrem; logo o comportamento da pessoa resulta mais directamente da experiência interna, isto é, a realidade tal como é percebida e sentida pelo indivíduo. Rogers descreveu o organismo como um sistema aberto em que uma mudança, numa parte, afecta o todo; diz ainda que existe em nós uma tendência para a auto-realização, parece que buscamos aquelas experiências mais susceptíveis de realçar o “Eu”, levando à autonomia e ao desenvolvimento.

Nas relações interpessoais deve existir “o respeito incondicional” pelo outro (Rogers); esta atitude elimina a ameaça ao comportamento congruente, promovendo a tendência para a auto-realização. O meio ambiente livre de ameaças, promovido pelo “respeito positivo” permite à pessoa examinar as inconsistências internas e reestruturar o conceito do “Eu”, sem julgamento. Isto faz com que a pessoa aumente a sua capacidade para aceitar os outros; aqui está a conexão existente entre o respeito próprio e o respeito pelos outros.

Nas interacções do quotidiano formamos e avaliamos constantemente uma opinião sobre outras pessoas; os comunicadores desenvolvem impressões um do outro, até porque a teoria da percepção interpessoal explica como as pessoas se vêem mutuamente em contextos de comunicação (Tagiuri, 1954).

Para o autor “a percepção da pessoa refere-se ao processo pela qual o homem passa a conhecer e a pensar sobre outras pessoas; suas características, qualidades e estados interiores. A expressão, percepção da pessoa, não é muito satisfatória, sendo o termo percepção aqui usado de um modo vago, que com frequência significa a percepção e a cognição. Essa área tem sido designada por: percepção social, percepção da pessoa, percepção interpessoal.”

A pesquisa em percepção interpessoal é de natureza não teórica. Nos anos setenta começou a aparecer a teoria da atribuição como área afim da percepção interpessoal; esta teoria trata especificamente dos processos pelos quais as pessoas entendem as causas do comportamento; explica os processos pelos quais a maioria das pessoas passa a entender o seu próprio comportamento e o dos outros, através da “psicologia leiga”. Enquanto a psicologia “científica” tenta determinar as causas reais do comportamento, a psicologia “leiga” concentra-se exclusivamente nas causas percebidas do comportamento na interacção real e coerente.

A teoria da atribuição relaciona-se mais directamente com a comunicação interpessoal, no entanto, inclui a interacção simbólica, significado e pensamento; o facto mais importante na resolução da ambiguidade é o significado. Os significados do atribuidor para os vários estímulos são cruciais na percepção interpessoal; são basicamente integradores na percepção organizando os objectivos da mesma, em padrões que nos ajudem a dar nexos ao mundo. A comunicação interpessoal envolve tanto a percepção, quanto a metacomunicação do outro; uma das principais metas da comunicação interpessoal é a compreensão entre os comunicadores, o que envolve uma dialéctica entre o desejar compreender e controlar as impressões de outros. As atribuições do comunicador determinam em grande parte o seu significado para a situação.

### 2.3 - A IDENTIDADE NAS RELAÇÕES INTERGRUPAIS

As teorias de papel em psicologia social sofreram influências tanto do interaccionismo simbólico, como do funcionalismo; abordaram a identidade numa perspectiva situacional, na medida em que a noção do “Eu” resulta do conhecimento das normas e valores associados às posições ocupadas num determinado contexto (Sarbin e Allen, 1968).

Para Zavalloni (1973), no entanto, a ligação entre o psicológico e o sociológico, que o conceito de identidade estabelece, não reside unicamente na representação que os indivíduos fazem dos seus papéis, mas as representações sobre os grupos de pertença e suas posições sociais também contribuem para a percepção de “Eu”.

Para Tajfel (1972a), por outro lado, a identidade social está associada ao conhecimento de pertença aos grupos sociais e ao significado emocional e avaliativo dessa pertença.

Estas definições alargam a dimensão social da identidade à relevância da pertença ao grupo, onde se inserem num universo simbólico comum, que diferencia os grupos através das suas posições relativas e de diferentes modalidades de identidade social numa perspectiva psico-sociológica, na medida em que articula as condições objectivas da relação intergrupos com uma dimensão cognitiva, o que faz da identidade social um constructo subjectivo.

Optamos por este tipo de abordagem por nos parecer relevante analisar a identidade nos contextos intergrupos, uma vez que a identidade do enfermeiro, como pessoa, envolve um sentido de mutualidade em relação aos outros, isto é, a inter-relação entre a percepção de si próprio e a que os outros têm de si. Pensamos que a grande questão será de analisar que as identidades profissionais existiam à priori, hoje a problemática é diferente: a sociedade muda, a interdisciplinaridade das ciências é uma realidade, a construção biológica, a organização pessoal da experiência, e o meio cultural dão forma e significado à existência do indivíduo; logo as identidades sociais, porque precisam de espaço, têm de ser construídas para determinado lugar, de acordo com as necessidades de responder adequadamente aos contextos.

Actualmente o papel que as pessoas desempenham diverge de situação para situação; são os contextos que definem, de certo modo, o papel e o estatuto do indivíduo. Esta forma de construção da identidade determina também as relações interpessoais, e não pode dissociar-se das actividades, dos papéis, funções e experiências que cada contexto de vida proporciona.

Há factores que têm mais significado no desenvolvimento da identidade pessoal e social, logo não poderemos separar o desenvolvimento pessoal, da transformação da sociedade, assim como não podemos separar a crise de identidade dos enfermeiros, do desenvolvimento histórico da profissão, porque nos parece haver uma grande relação entre ambos. Neste sentido o desenvolvimento das relações intergrupais dão um grande contributo ao conceito de identidade social.

Segundo Hewitt (1991), a sociedade moderna levou a que se operassem mudanças ao nível individual e grupal, estabelecendo novas relações entre estas e a sociedade.

Um dos objectivos da teoria da identidade no contexto das relações intergrupais, é de tentar explicar os fenómenos de mudança e estabilidade pessoal e social numa sociedade diferente da tradicional. Actualmente, parece-nos que a problemática da identidade dos enfermeiros tem por base a forma rotineira de desempenho de funções, isto é, de desempenho do papel.

A interdependência de papéis e de relações entre os grupos define, por vezes, modelos das relações intergrupos, que levam à aplicação de categorias sociais. Para Tajfel (1972a), o grupo situa-se num quadro de interdependência, uma vez que as características que identificam os membros do grupo adquirem o seu significado através da comparação social; enquanto que para Zavalloni (1973) o conceito de grupo está associado a um conjunto de elementos que fazem parte da identificação dos seus membros.

Descamps (1980), por sua vez, não considera que esta interdependência seja equivalente no quadro das relações entre grupos sociais, situa-a antes num universo simbólico comum, que define as posições relativas dos grupos. Estas concepções do



grupo mostram-nos que há diferentes abordagens das relações intergrupos que podem ser explicadas pelos processos de discriminação nas interações sociais (Doise, 1973).

Na teoria da identidade social criada por H. Tajfel, a preocupação fundamental foi distinguir as relações intergrupais das relações interpessoais e relacionar as primeiras, nomeadamente na sua forma conflituosa, com a mudança social.

A teoria da auto-categorização enfatiza os processos intragrupo e o grupo social, preocupando-se em saber como as pessoas se conceptualizam, enquanto membros de um grupo, e em identificar os mecanismos cognitivos que subjazem à identidade social e aos processos de grupo (Baugnet, 1991 p. 22).

Os processos de categorização dão ao comportamento de grupo a sua especificidade - despersonalização e tecnocentrismo, uniformidade - enquanto os processos sociais tais como luta de poder intergrupo, estatuto, superioridade e vantagem material, dão ao comportamento de grupo o seu conteúdo (Abrams e Hogg, 1990).

Tajfel (1981), preocupou-se em distinguir o comportamento interindividual e o comportamento intergrupo, para os poder relacionar; a categorização social é um conceito sócio-cognitivo que articula níveis de análise interindividual e intergrupar (Baugnet, 1991); o autor refere-se a um processo cuja função é tornar compreensível a complexidade do real.

Os grupos sociais ligam-se às categorias na medida em que à pertença a uma categoria corresponde um lugar na sociedade; entretanto a pertença a um grupo implica a existência de indivíduos diferentes em grupos alheios (Baugnet, 1991). Logo, a categorização social provocaria uma distinção intergrupos.

As relações entre grupos pertinentes são normalmente vistas como competitivas quanto ao estatuto, tendo por base uma distribuição de direitos, poderes e recursos. Ao centrar-se nos grupos sociais tal como são psicologicamente representados, estas teorias fazem-nos perspectivar as relações dos enfermeiros com o contexto social, em termos de relações intergrupais pertinentes. As reflexões permitem-nos apontar como grupos pertinentes as autoridades representadas pelos agentes do poder político, pelos diferentes grupos na área da saúde, e pelos próprios colegas. Aqui a identidade pessoal e social aparece ameaçada pela incongruência entre “estatuto” subjectivo e “estatuto” atribuído.

Estatutos que são atravessados pelo valor que os outros profissionais lhes conferem e pela sua imagem social.

As relações competitivas entre os colegas de diferentes formações (considerados inovadores e não inovadores), levam a uma certa competição entre os grupos que nem sempre resulta em mudança social e muito menos em satisfação pessoal. Trata-se, por um lado, de evitar a competição e favorecer a complementaridade entre grupos e intergrupo; por outro lado, de criar condições para uma formação na inovação.

Finalmente trata-se de reconhecer que a mudança, sendo sempre pessoal, só se torna efectiva em cooperação e quando se traduz em mudança colectiva. Tajfel (1978) explicou como estas diferentes estratégias podem resultar em mudanças sociais, cujos termos funcionam como sistemas de crenças semelhantes às representações sociais de Moscovici. Conclui-se que os grupos privilegiados tentam manter o seu estatuto promovendo valores e ideologias; e os não privilegiados adoptam identidades sociais negativas, aceitando essa situação de subalternidade.

Turner (1978a) mostra que os indivíduos podem realizar uma diferenciação, em seu favor, sem recorrer necessariamente a uma diferenciação entre grupos. Uma evolução positiva de si pode estabelecer uma identificação com um grupo, ou estabelecimento da diferença entre si e os outros. Com efeito, o estudo da categorização social é mais focalizado sobre a discriminação entre grupos, do que sobre a identidade social.

Doise e Lorenzi (em Bagnet, 1991), mostram-nos como o funcionamento mecanicista da categorização, a sua rigidez, a sua tendência a manter categorias, deixa pouco lugar aos conhecimentos identitários, à inovação, à heterogeneidade.

O efeito da categorização consiste na acentuação das diferenças entre categorias, e das semelhanças intra-categoriais. Assim pode falar-se de “estatuto” e papel social: Fala-se de “estatuto” quando nos referimos a um conjunto de posições que o mesmo indivíduo pode reunir, um conjunto de direitos e de deveres que caracterizam a sua posição em relação a outra, e o lugar que ele ocupa na estrutura social. O papel social corresponde não só ao comportamento do indivíduo, mas também ao que se espera dele.

Mead (1962), ao falar de “papel social”, referiu que o indivíduo adopta uma relação interpessoal, ou seja uma atitude que é por vezes resposta à atitude dos outros. O

papel aparece então, ligado a um modelo de interiorização de atitudes e de condutas, que permite ao indivíduo orientar-se nas relações com os outros. O papel tem uma dimensão interactiva e essencial, e instaura uma relação dinâmica e recíproca; por um lado o papel de um actor é feito de um conjunto de atitudes e comportamentos, por outro aparece como uma resposta; o papel tanto é um conceito como um modelo construído.

Ao falarmos de papel, estatuto e imagem, parece-nos haver alguma interacção entre estes conceitos; é indissociável do prestígio, da hierarquia social, podendo distinguir-se o estatuto prescrito e o estatuto adquirido, sendo o primeiro o que é dado ao indivíduo e do qual ele não pode sair (exemplo: o sexo e a idade); o segundo, aquele a que o indivíduo pode ter acesso por mérito próprio (Turner em Tajfel, 1981b).

A noção de estatuto leva-nos à noção de papel, pois os papéis andam associados às tarefas indispensáveis à vida social, de acordo com determinantes culturais da sociedade.

Tajfel preocupou-se com a especificidade das relações intergrupais determinadas pela pertença a grupos sociais, explicando a uniformidade dentro do próprio grupo, e a indiferenciação de um grupo de estatuto diferente. A assimetria de determinadas relações sociais pode conduzir a uma “estigmatização” de certos profissionais, como refere Goffman (1983), quando diz que os significados e variedade de processos podem conduzir a “estigmas” ou atributos, em geral depreciativos, que submetem ao descrédito e à rejeição social as pessoas que os sofrem.

O mesmo autor utiliza uma metáfora que ilustra um pouco como nós somos actores nas relações interpessoais: “a vida social pode ser comparada a uma cena onde os actores se dão em representação e interpretação dos papéis de acordo com a situação”. Esta metáfora não implica que a vida social seja fictícia e que os actores sejam necessariamente conscientes; pelo contrário, são muitas vezes implicados num jogo espontâneo.

Num encontro social exige-se uma definição da situação que comporta uma distribuição de papéis e uma certa representação da acção. A representação tem como finalidade exprimir a identidade de um grupo, e por isso permite-lhe agir; representar “é

estar no lugar do outro”; a representação é “a reprodução mental de uma coisa,” neste sentido pode dizer-se que a noção de representação inova (Jodelet, 1989).

## 2.4- A IDENTIDADE PROFISSIONAL

As formas culturais e funcionais da sociedade põem o acento sobre uma característica essencial da formação dos indivíduos; constitui uma interiorização das maneiras de ser, de sentir, de pensar, e de agir de um grupo; da visão que tem do mundo, das suas representações sociais e das suas crenças.

Como diz C. Dubar (1991), a socialização não pode reduzir-se a uma única dimensão, antes consiste em gerir uma dualidade irreduzível:

“A dualidade do social: trabalho e interacção” (Hegel).

“Agir instrumental e agir comunicacional” (Habermas).

O autor sugere que para deixar esta dualidade social, é necessário conceber a socialização a nível filosófico, como formação de espírito e presente em Habermas como unidade dialéctica entre sujeito e objecto, assente em três modelos de relações dialécticas: a representação simbólica, o processo de trabalho, e a interacção, tendo como base a reciprocidade. Habermas considera dois sistemas de actividades estruturantes da identidade: “A actividade instrumental” e “a actividade comunicacional.”

Assim a actividade instrumental, corresponde à dialéctica do trabalho e ao universo das regras técnicas; a actividade comunicacional à dialéctica da interacção e às normas jurídicas. Para o autor a socialização está na relação entre o trabalho e a interacção, entre processos de produção e processos de relações sociais.

A chave da construção das identidades reside na compreensão das representações cognitivas, afectivas, perceptivas e operacionais, e nas estratégias identitárias. Esta construção implica o reconhecimento do outro, e não pode fazer-se a partir das representações individuais, mas numa construção conjunta.

Verifica-se que na passagem do “representado” ao operatório, do “passivo ao activo,” do “já produto” ao “construindo-se,” se podem definir as identidades como práticas dinâmicas, e não “dados objectivos” ou “sentimentos subjectivos” (Dubar, 1991). Sainsaulieu (1987 diz-nos que as identidades do trabalho são “a resultante de um processo de aprendizagem cultural em relação com a prática do poder no exercício quotidiano do trabalho em organização.”

A construção da identidade integra o efeito de estruturas, sistemas de legitimação e práticas de poder, adequando-as ao sentido social. Para isto contribuem as características técnico-materiais de produção, e a hierarquia de saberes.

As ciências sociais mostram-nos como os hábitos incorporados pelas trajectórias de vida, e o contexto de aprendizagem nos locais de trabalho são muito variados e não permitem uma identidade única; nenhum esquema organizacional impõe um plano de construção identitária.

A este propósito, Madureira Pinto (1991, doc. policopiado) refere-se ao conceito de identidade social como um conceito eminentemente relacional, quando diz que “o conceito de identidade social pode não ser mais que a projecção desculpabilizadora de conhecidas dificuldades teóricas da sociologia na abordagem de objectos tais como cultura e sub-culturas, habitus e ideologias, instinto e consciência de classe, condição e posição social, grupo de pertença e grupo de referência” (1991, doc. policopiado).

Parece-nos que esta análise pressupõe um conceito de identidade mais vasto, e mais adequado a determinados contextos, criando alguma diferenciação de determinados grupos com uma identidade específica dentro do próprio grupo.

A construção das identidades utiliza, por vezes, a variável profissão, esquecendo as outras componentes que, como vimos anteriormente, são muito importantes. Esta construção identitária assume determinado relevo no campo do trabalho, do emprego e da formação, que adquiriu legitimidade pelo reconhecimento de identidade social e atribuição de “estatutos” sociais.

No processo de identificação do outro existem categorias sociais, que influenciam o processo das identidades para si. Os indivíduos devem reconstruir as suas identidades

sociais “reais” a partir de identidades sociais herdadas da geração precedente; as identidades “virtuais”, adquiridas no decurso da socialização inicial (Dubar, 1991).

Um dos acontecimentos mais importantes para a identidade social é sem dúvida a confrontação com o mercado do trabalho, pois é um momento essencial na construção de uma identidade autónoma. Uma especialização constitui um acto significativo da identidade “virtual”, mas é na confrontação com o trabalho que se situa hoje o jogo identitário.

A construção da identidade profissional comporta hoje o risco de exclusão de um grupo profissional estável, na medida em que não importa apenas a escolha da profissão, mas a obtenção de diplomas, na construção pessoal de uma estratégia identitária, pondo em jogo a imagem de si, a apreciação das suas capacidades, a realização dos seus projectos.

O espaço de formação está associado à construção da identidade, assim como o espaço de trabalho está ligado à consolidação de uma identidade especializada.

As configurações identitárias podem ser associadas a momentos privilegiados de uma biografia profissional ideal:

Um momento da construção de identidade que corresponde tradicionalmente à formação profissional inicial;

Um momento de consolidação da identidade, ligado à aquisição progressiva da qualificação;

Um momento de reconhecimento da identidade marcado pelo acesso às responsabilidades.

Cada configuração está associada a um tipo de saber privilegiado que ajuda a estruturar a sua identidade:

- os saberes práticos que resultam directamente da experiência de trabalho e estão associados a uma lógica instrumental do trabalho - esta identidade encontra um novo modelo de competências definidas nas empresas;
- os saberes profissionais que implicam a articulação entre saberes práticos e saberes técnicos, associados a uma lógica de qualificação no trabalho;

- os saberes organizacionais que implicam a articulação entre saberes práticos e teóricos, estruturando a identidade da organização; associados a uma lógica de responsabilidade são valorizados pelo modelo de competência;
- os saberes teóricos não ligados aos saberes práticos ou profissionais, que estruturam um tipo de identidade marcada pela instabilidade com tendência à autonomia e acumulação de diferenças culturais, associados a uma lógica de reconversão permanente que é objectivo das incitações à mobilidade desenvolvida nas empresas actuais (Dubar, 1991, p. 260-262).

Estas identidades profissionais e sociais, associadas às configurações específicas de saberes, são construídas através de processos de socialização o mais diversificados possível.

Sainsaulieu (1985), quando se refere à identidade de microculturas, valoriza a aceitação da diferença, através da discussão e valorização das competências profissionais; o autor acrescenta: “esta cultura é marcada pela negociação e aceitação das diferenças (...), pela riqueza afectiva e cognitiva das relações interpessoais, pela importância da vida colectiva democrática, isto é, aceitando o debate produzido entre maioria e minoria (...), esta cultura valoriza a solidariedade, a diferença e a experiência do grupo.”

Se analisarmos o funcionamento das nossas organizações, facilmente reconhecemos como estamos longe de atingir esta cooperação, ou seja em vez de se discutir quem tem mais poder, poder-se-ia discutir o valor da partilha de saberes e de poderes. Esta problemática será abordada mais adiante, quando falarmos de organizações profissionais.

A construção da identidade faz-se na articulação entre sistemas de acção baseados em identidades “virtuais” e trajectórias vividas, isto é, a forma como os indivíduos reconstroem subjectivamente os acontecimentos que julgam significativos na sua vida social, e nos quais se constroem as identidades “reais” a que aderem.

Esta articulação supõe uma relativa autonomia entre os dois processos de construção da identidade, e uma redefinição do processo de categorização, pelo qual se constroem as identidades que são oferecidas aos indivíduos.

Os dois processos de construção identitária têm pressupostos e bases bem diferentes: o processo biográfico, ou seja a identidade para si; e o processo relacional, sistémico, comunicacional, isto é, a identidade para outro.

Estes dois sistemas são heterogéneos e não utilizam nenhum mecanismo em comum; o recurso à tipificação (Berger e Luckman, 1986) implica a existência de tipos de identidade, isto é, de “modelos sociais significativos” (Erikson). Estas características servem para exercer as interações segundo a sua biografia histórica; as categorizações influenciam o processo de construção das identidades para si. Cada geração deve reconstruir as suas identidades sociais “reais” a partir das identidades sociais herdadas, das identidades “virtuais” adquiridas na socialização inicial, das identidades profissionais. Assim, nada é mais importante para a análise sociológica do que os acontecimentos que afectam os modelos sociais de identificação, isto é, os tipos identitários pertinentes.

Se os modos de construção das categorias sociais a partir do campo escolar e profissional têm tido muita importância, é porque o trabalho e a formação (inicial e contínua) constituem os domínios das suas identificações sociais.

No entanto, não significa que se possa reduzir as identidades sociais ao “status” do emprego e aos níveis de formação; naturalmente que as pessoas se identificam a um grupo profissional, ou a um tipo de diplomas, mas também há a identidade de classe social, os grupos de pertença, e outros. A escola elementar constitui um momento decisivo para a primeira construção da identidade social, mas antes, já na família, o indivíduo tinha construído uma identidade pessoal.

Desta dualidade entre a nossa identidade para o outro, e a nossa identidade para nós construída, mas também entre a nossa identidade social herdada e identidade escolar, nasce a possibilidade de a pessoa se desenvolver ao longo da sua vida com todas as estratégias identitárias.

Para Sainsaulieu (1985), “a identidade é menos um processo biográfico de construção de si, do que um processo relacional de investimento de si. Enquanto o processo biográfico se define como uma construção no tempo, pelos indivíduos, de identidades sociais e profissionais, a partir das categorias oferecidas pelas respectivas instituições (família, escola, trabalho...), o processo relacional concede o reconhecimento



num dado momento e num determinado espaço, isto é, de acordo com o contexto determinado pelas identidades associadas aos saberes, às competências e às imagens de si expressas pelos indivíduos no sistema de acção.

A articulação entre estes dois processos, (o biográfico e o relacional) representa a projecção do espaço e tempo identitário de uma geração confrontada com outros no seu encaminhamento biográfico e desenvolvimento espacial. As estratégias utilizadas nesta articulação constituem a força motriz das categorias, estruturando o espaço das posições sociais e a temporalidade das trajectórias sociais (estabilidade/ mobilidade/ continuidade/ ruptura (Dubar, 1991).

O autor ao reflectir sobre as identidades sociais e profissionais diz-nos: “a incerteza quanto ao futuro domina as empresas na reconstrução de novos quadros sociais: os de ontem não são mais pertinentes e os de amanhã não estão ainda fixados” (1991, p. 8). Isto parece-nos reflectir uma nova cultura organizacional de que falaremos adiante.

A identidade dos enfermeiros não será muito diferente, uma vez que as estruturas políticas e sociais nas organizações e as relações dentro destas se modificaram, dando lugar à intervenção de todos os actores sociais e a um sistema de relações diferente, o que levou naturalmente a um questionamento da sua própria identidade por um lado, e por outro a um confronto com outros profissionais. Parece-nos que os enfermeiros começam a construir a sua identidade profissional quando tentam gerir os conflitos inerentes a uma situação de mudança. No dizer de J. A. Correia (1994) os profissionais de enfermagem, tal como os professores, vivem uma profunda crise de identidade profissional, que apela para a invenção de intervenções formativas indutoras de uma nova profissionalidade.

Em geral, a problemática da identidade dos enfermeiros parece-nos ligada à rotinização no desempenho do papel, isto é, uma certa submissão no desempenho das suas actividades, relacionada com a relação das pessoas com os papéis, tendo por base as estruturas sociais existentes. A falta de definição de estatuto e de autonomia nos contextos de trabalho faz com que não seja possível a construção de uma identidade profissional. Os consensos relativos ao papel que cada um desempenha podem levar à

inovação e ao desenvolvimento das identidades pessoais, tornando-as capazes de construir identidades sociais associadas às identidades situacionais.

De facto, a problemática da identidade dos enfermeiros, hoje, é reconhecida na rotina do desempenho de papel, na dificuldade de mudança nas suas intervenções e na indefinição de estatuto próprio. A reordenação de espaços sociais e simbólicos ajuda ao processo de formação de identidade, assim como a inter-relação grupal de forma multidisciplinar e indisciplinar; isto é das relações intergrupais e intragrupais vai depender a construção da identidade profissional.

Assim com base na negociação de novos consensos, quebrando o conformismo habitual e histórico, podemos recriar formas inovadoras mediadas pelo saber crítico inerente a uma prática experiencial investigativa.

### 3 - ORGANIZAÇÕES E CONTEXTOS DE TRABALHO

A explicação sociológica das relações de trabalho numa organização não é mais a criação de comportamentos estáticos, associados a cada situação, mas revelar estruturas dinâmicas, onde o conjunto das lógicas de acção define o desenrolar do tecido social da organização, isto é, não se concebe mais uma organização morta, mas com um conjunto de pessoas e grupos interactivos, criando um dinamismo de co-responsabilização e de descentralização de poderes, adoptando uma lógica de inovação.

Crozier e Friedberg prespectivam uma análise estratégica das organizações baseada em determinados postulados (cit. Bernoux, 1989):

- o homem não aceita ser tratado como um meio ao serviço das organizações, cada um tem os seus objectivos e as suas finalidades;
- a liberdade do indivíduo na organização é fundamental, e permite-lhe redefinir o seu papel dentro do colectivo de trabalho;
- os comportamentos dos actores não são congruentes com os objectivos impostos pela organização, mas sim, pelas interacções entre os pares, com jogos de poderes e com as mesmas oportunidades na organização.

Os mesmos autores (1977) defendem que a análise estratégica se deve estruturar sobre três conceitos fundamentais: o poder, a incerteza e os sistemas de acção:

- o poder é um recurso cuja utilização na empresa pode ser geradora de conflito e também de competências, se tiver em conta uma dinâmica de negociação e de reciprocidade. A noção de poder não está apenas ligada ao condicionamento hierárquico, mas também ao de auto-estruturação resultante do posicionamento no grupo;
- a incerteza surge como um estado intrínseco à natureza das interacções, e jogos de poder no interior das empresas; contrariamente às teorias funcionalistas, valoriza-se a imprevisibilidade na forma como o indivíduo gera a sua liberdade e se coloca nas vivências do quotidiano, no contexto organizacional;
- o sistema de acção é o conjunto de condutas que o indivíduo assume para regular a sua existência no meio em que está inserido. Assim o sistema de acção teria implicações a nível das interacções com os pares, do acto de trabalho, da auto-imposição de regras e do equilíbrio, dentro do colectivo de trabalho.

A este propósito os mesmos autores defendem que em vez de se considerar o informal e o imprevisto como excepção (como acontece nas nossas organizações), se considere como ponto de partida para a análise da organização e dos problemas existentes nas mesmas.

### 3.1- CULTURA ORGANIZACIONAL

“conjunto interligado de maneiras de pensar, agir e sentir mais ou menos formalizadas, que sendo apreendidas e partilhadas por uma pluralidade de indivíduos, servem de uma maneira simultaneamente objectiva e simbólica, para organizar essas pessoas numa colectividade particular e distinta” (Guy Rocher).

Cultura pode considerar-se um conjunto de valores, crenças e padrões de comportamento adquiridos nas sociedades humanas. Se as organizações são de facto uma sociedade humana, esta noção de cultura pode ser analisada neste contexto.

A organização das empresas é diferente de país para país, dependendo de modelos, de tipos de hierarquia, de estruturas participativas, tipos de formação profissional, relações intergrupais...; logo, não pode haver esquemas de organização racional, nem universal, mas há adaptações específicas aos contextos nacionais e loco-regionais.

Por outro lado temos a interdependência das organizações, que também explica a variação organizacional de cada país e de cada região. Assim, a análise cultural das organizações pode decidir as estruturas sociais a criar, no entanto, uma organização deveria desenvolver-se com base num sistema social aberto aos diferentes acontecimentos, e integrar a sua cultura num pacto social na organização.

Harold Garfinkel (1972, in Moscovici) na sua sociologia, mostrou-nos como os aspectos mais rotineiros e mais aceites da realidade social são de facto os que exigem mais saber-fazer; por isso considera que uma cultura está ligada às normas e costumes sociais, e que um indivíduo que siga as regras de comportamento, constrói uma realidade social. Parece-nos que este ponto de vista é pouco interactivo, e leva mais à manutenção do sistema, do que ao seu desenvolvimento.

A empresa pode considerar-se uma instituição social, e como tal produtora de relações sociais, sociabilidades colectivas e identidades profissionais; é no contexto organizacional, nas relações de poder e nas estratégias escolhidas que os diferentes actores interagem, de modo a definirem uma filosofia de organização. Para Crozier (1977), o poder é o fundamento do conjunto de relações que constituem os constructos organizacionais.

Existe uma relação interactiva entre a dinâmica de uma organização e o contexto envolvente, isto é, a cultura local, os fenómenos sociais, as estruturas de apoio... influenciam essa dinâmica, dando lugar a diferentes modelos organizacionais, dentro do próprio país. Se valorizarmos um modelo em que há uma concepção holística do trabalho, com valorização das relações intergrupais, bem como das culturas e subculturas, podemos observar que as empresas evoluem na medida em que a relação destas com o meio se intensifica; ao contrário, nas empresas baseadas num modelo de burocracia

hierárquica, com uma organização em que tudo está institucionalizado, a despersonalização da pessoa é evidente, e a cultura está fechada ao exterior.

### 3.2 - ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O contexto de trabalho é um espaço privilegiado de formação, pois permite que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem num ciclo recursivo. Este tipo de aprendizagem ultrapassa a noção do saber-fazer cuja ênfase se colocava no desenvolvimento de habilidades seleccionadas de acordo com os objectivos da empresa.

Na passagem de uma lógica para outra, há factores a considerar quer na organização do trabalho, quer na dinâmica de formação no contexto de trabalho. Assim, iremos explicitar algumas das teorias subjacentes à organização do trabalho de modo a compreender um pouco a história do enfermeiro, enquanto profissional.

A partir do século XIX, com o aumento em flecha do capitalismo, inicia-se uma produção em larga escala e a implementação de métodos e processos de racionalização do trabalho. O taylorismo surge nesta altura, com expansão, preocupando-se ao máximo com a produtividade, e com ênfase na divisão do trabalho. Neste período, este método juntamente com a teoria desenvolvida por Henry Fayol ajudaram a estruturar e a progredir as empresas. A abordagem da administração científica do trabalho era feita de baixo para cima, e todo o interesse estava no método de trabalho e nas tarefas, permitindo a especialização do indivíduo.

Henry Fayol deu mais ênfase à “anatomia” (estrutura) e “fisiologia” (funcionamento) da organização; aqui a abordagem fazia-se de cima para baixo, predominava a atenção na estrutura organizacional e na departamentalização. A única diferença destas teorias é que Taylor defendia um pluralismo na organização e Fayol era partidário da centralização (Cf. Chiavenato, 1980).

Este tipo de organização trouxe uma abordagem rígida e mecanicista, considerando o homem apenas económico, como prolongamento da máquina, a quem se

atribuía funções e tarefas. A parcelarização extrema da tarefa e a sua automatização reduziram o aspecto sócio-técnico: a preocupação era observar sem reflectir sobre a acção desenvolvida, o saber reduzia-se a uma prática meramente instrumental. Parece-nos que nos serviços de saúde se tem dado bastante relevo a este tipo de organização, criando departamentos sectoriais no atendimento ao utente e na organização do trabalho. Exemplo disto é a forma como os serviços hospitalares estão organizados - por cirurgia do intestino, cirurgia das vias biliares, cirurgia torácica...

Em suma, a teoria clássica de administração apresenta uma orientação francamente normativa e prescritiva, enquanto a orientação do modelo burocrático de Max Weber é mais descritiva. Para o autor, as mudanças na estrutura da sociedade e as transformações culturais, fomentaram uma verdadeira revolução da organização. Assim, caracteriza três tipos de sociedade: a tradicional, com predomínio das características patriarcais e patrimonialistas; a sociedade carismática, com características místicas, personalistas como partidos políticos...; a sociedade racional ou burocrática, onde predominam normas impessoais e uma racionalidade na escolha dos meios e dos fins, como a empresa, o exército,...; segundo Max Weber, a cada tipo de sociedade corresponde um tipo de autoridade. Algumas das críticas que se fazem a esta teoria é ser super-racionalizada e não contemplar a influência do ambiente na organização, assim como o exagero no sistema hierárquico. Daí que alguns autores pensem que a burocracia se tem revelado mais um processo conservador e contrário à inovação, porque o burocrata comporta-se como um ritualista, apegado a regras.

Enquanto os autores da escola clássica se preocupavam com a organização do trabalho, o movimento das relações humanas começa a interessar-se por estudar o comportamento humano no trabalho, considerando inseparáveis o aspecto produtivo e o aspecto pessoal. Esta escola tem o seu apogeu em França nos anos sessenta. As suas origens têm a ver com uma experiência de Hawthorne, desenvolvida por Elton Mayo, nos Estados Unidos, que evidenciou a importância dos factores afectivos e da motivação para a produtividade; considerou também que o trabalho é uma actividade grupal. (Bernoux, 1989).

Os trabalhos de Kurt Lewin sobre o funcionamento dos grupos e das resistências internas à mudança, demonstraram que o operário não reage como indivíduo, mas como membro de um grupo social, e que o incentivo à participação no grupo diminuía os conflitos e a resistência à mudança. O grande objectivo deste tipo de organização era criar um bom ambiente de trabalho, favorecendo as relações intergrupais, com uma liderança capaz de compreender e comunicar com chefes democráticos e simpáticos, que entendam a lógica dos trabalhadores, pois o ser humano é motivado essencialmente pela necessidade de “ser reconhecido”. (Chiavenato, 1980).

A teoria das relações humanas fazia emergir a necessidade de estudar os contextos de trabalho, comunicar com os indivíduos, prever comportamentos, estabelecendo uma dinâmica inter-individual e intergrupar. Aprofundam-se os conhecimentos noutras áreas em torno das necessidades humanas básicas, e os conceitos de gestão respeitam o indivíduo como pessoa. Esta teoria enfatiza o papel da comunicação, participação e liderança.

Na abordagem das diferentes teorias organizacionais verificamos que há necessidade de investir na formação, para dar resposta a modelos organizacionais cada vez mais ligados a tecnologias avançadas, e por outro lado compreender a empresa como uma modalidade de socialização. O taylorismo tende a dar lugar a modelos que favoreçam a iniciativa, comunicação, a autonomia, encontrando novas formas de gerir o tempo e optimizando os sistemas de trabalho a partir da inovação, e da formação no contexto das práticas reflectidas e analisadas.

### 3.3- FORMAÇÃO E CONTEXTO ORGANIZACIONAL

A formação, como processo de desenvolvimento e de estruturação da pessoa, considera o formando sujeito e agente da sua formação, numa relação directa com as condições reais de trabalho, onde “a dialéctica, teoria e prática se exerce entre o mundo real da vida quotidiana da pessoa em formação, e o novo sistema conceptual elaborado com a ajuda do formador” (Lesne, 1984, p.179).

Hoje reconhece-se que a experiência de vida pode substituir-se à formação académica, isto significa que o indivíduo pode adquirir formação por outras vias que não só a escolaridade.

Lesne (1984, p.23) defende ainda que a formação implica, por parte de quem aprende, inúmeras dimensões; daí o seu distanciamento dos processos escolarizados de ensino, e a sua proximidade e identificação à formação como objecto, sujeito e agente de socialização.

Para Sainsaulieu (1985), a empresa é um local de socialização e por isso, um local de formação..., a dimensão organizacional da empresa é produtiva de novas identidades, na medida em que possui uma dimensão formativa.

No caso das organizações hospitalares, onde as relações intergrupais são intensas e a constituição de grupos é uma realidade, a formação poderia ser um dos grandes objectivos das mesmas. Porém, a racionalização das decisões, a hierarquia de poder, a planificação, o controlo das relações formais e o “instituído,” fazem com que por vezes a empresa não seja um local de socialização, mas de jogos e lutas pela sobrevivência.

Esta problemática passa por mudanças a nível da gestão de recursos humanos e da definição de estatuto e papel de cada grupo; enquanto numa organização, os papéis e a definição de estatuto não passarem à realidade do quotidiano é difícil haver interdisciplinaridade de equipa, e interacção entre os seus membros.

Se a organização é um conjunto de pessoas que interagem entre elas e com o meio que a circunda, os objectivos serão comuns; e, neste caso, a finalidade do trabalho não é mais uma luta de poderes e de “estatutos,” mas um jogo de relações onde todos se sentem como fazendo parte do grande grupo, e onde cada grupo contribui com os seus “saberes,” as suas opiniões, para uma causa que é comum a todos - ajudar o doente e a família na promoção e recuperação da saúde.

No dizer de Graça Carapinheiro (1993) a forma como os hospitais funcionam leva a que os profissionais ajam de forma rotineira e estereotipada, porque onde tudo está institucionalizado não há lugar para criatividade e para desenvolvimento.

A profissionalização neste campo ainda é abordada com ênfase numa estrutura que leva à divisão do trabalho, e que conduz a práticas profissionais mais deterministas



do que interaccionistas; daí que os profissionais de enfermagem que, pelo seu contexto histórico, estão mais junto do doente e das vivências das práticas hospitalares, se tenham preocupado com a dinamização destas questões e se interroguem nas práticas do quotidiano, já não se preocupando apenas com o saber-fazer, mas com uma lógica de reflexão na sua actuação diária.

Lembramos a este propósito Crozier (1977), quando diz que “os trabalhadores que exercem funções mais rotineiras têm certo poder sobre os superiores, na medida em que a sua resistência às negligências ou ao seu mau rendimento podem afectar a carreira dos superiores”. Pensamos que, deste ponto de vista, os enfermeiros são verdadeiros peritos, pois evitam que se use a liberdade, para além de certos limites, e asseguram que haja um certo controlo social.

A organização pode ser considerada um espaço estruturado de desigualdades que pressupõe uma gestão de capacidades estratégicas relativamente ao acesso, manutenção, e ao poder; por isso a profissão pode não representar apenas um meio de inserção num determinado grupo social, mas também uma valorização social que permite compreender as lógicas subjacentes às representações dos actores, relativamente às suas práticas. Este processo leva a uma ascensão ao poder formal numa estrutura burocrática com a progressão na carreira.

Criar uma dinâmica de mudança nas organizações pode ser um pensamento oportuno no momento em que as forças representadas pelos diferentes grupos, à procura de uma representação a nível de competências, saberes, e identidades são cada vez mais uma realidade, na análise social entre o colectivo de trabalho.

Sainsaulieu (1985) mostra-nos como é possível criar mudanças e transformações sociais nas organizações, através da interdependência entre três instâncias da realidade social: a estrutura, a cultura, e os jogos de interacção. A análise deste percurso permite prever os momentos “chave” de mudança, podendo antecipar-se algumas fases de transformação.

Para que este projecto de mudança, a nível organizacional e sociológico aconteça, é necessário fazer o diagnóstico do sistema social, colocar um dispositivo de intervenção e haver acompanhamento de processos de aprendizagem.

Fazer um diagnóstico dos actores capazes de constituir um potencial de mudança, diferenciando os inovadores e os conservadores; um dispositivo de intervenção tem por objectivo dinamizar a vida do colectivo de trabalho com reuniões, grupos de formação, conselhos de peritos, negociações específicas...

A força de um projecto de mudança depende muito do funcionamento destes dispositivos; a conduta do projecto evolui na medida em que as estruturas se interrogam no sistema social. Com o processo de aprendizagem, o projecto leva a uma evolução de mentalidade e mudança cultural, isto é, a uma modificação das identidades colectivas na sua articulação da cultura da organização com o trabalho.

Para a sociologia toda a mudança técnica, organizacional e comercial, se traduz num facto histórico de transformação social feito de aprendizagens culturais.

Hoje, as perspectivas dos enfermeiros são diferentes e tentam adquirir um estatuto sócio-profissional que valorize mais os saberes técnico, científico e relacional, o que por razões histórico-culturais é difícil e só se consegue com mudanças estruturais, sobretudo a nível das organizações. Até porque, a separação espacial dos diferentes lugares nos hospitais não se faz apenas pela segregação física, mas também pela segregação simbólica, que permite reconhecer a importância social, técnica e científica dos diferentes lugares e dos diferentes estatutos, através de simbologia muito impregnada nas nossas organizações e nas nossas sociedades. Neste contexto, os uniformes usados pelos respectivos grupos profissionais, apresentam uma simbologia representativa da estratificação social (ordem social); não é por acaso que os médicos usam o estetoscópio ao pescoço, mas porque este tem uma conotação social elevada, que representa um determinado poder (Graça Carapinheiro 1993); os enfermeiros distinguem-se por vestirem de branco.

Nas instituições hospitalares tudo está identificado, os gabinetes dos médicos, os gabinetes de trabalho dos enfermeiros, as enfermarias..., com atribuição simbólica, demarcando o "valor" atribuído a cada grupo. Numa organização deste género perguntar-se-à: que imagem terão os enfermeiros perante o público? como pode haver interdisciplinaridade de equipas de trabalho? como podem interagir os diferentes grupos

profissionais, para dar resposta às necessidades do indivíduo, família e comunidade, na área da saúde?

Estas e outras questões parece-nos que mereciam ser aprofundadas mais tarde, pois daqui depende não só a visibilidade social do enfermeiro, mas uma maior eficácia dos serviços de saúde. E em vez de “hostilidades” intergrupais, poderia haver lugar para discussão, inovação, satisfação pessoal e maior rentabilidade dos recursos humanos, levando à população mais prestígio, segurança e credibilidade nos cuidados de saúde a prestar.

#### 4 - AS PRÁTICAS EM ENFERMAGEM E PERSPECTIVAS PARA A SUA MUDANÇA

Tornar dialécticas as nossas vivências práticas pode ser um caminho para a auto-formação, na medida em que a formação pode ser um processo de socialização, durante todo o ciclo vital, atravessando as etapas de vida num contexto familiar, antropológico, cultural, profissional e político.

Que se aprende de muitas formas, é uma afirmação do senso comum; mas como nos formamos?

A formação faz parte da história de vida de cada indivíduo, e resulta de processos de reapropriação, reflexão e consciencialização do contexto, marcando o percurso educativo de cada adulto (Dominicé, 1990, p. 66).

Formar é uma preparação para a vida, pertence ao sujeito que se forma, e não são os dispositivos de formação, nem as instituições, nem os manuais que formam, como diz (Ferry 1987, p. 29).

A formação em enfermagem, aproxima-se mais da noção de formação à base da “reflexividade crítica” sobre as práticas.

Dominicé (1990, p. 149), a propósito, diz-nos que “devolver à experiência o lugar que merece na aprendizagem dos conhecimentos necessários à existência quer pessoal,

social, e profissional reconhecer que o sujeito constrói activamente o seu saber ao longo do seu percurso de vida”.

Perante esta reflexão poder-se-à perguntar: qual o papel da experiência na formação dos enfermeiros, de forma a construir uma nova visibilidade social?

Se a formação engloba uma dimensão pessoal, individual, organizacional e territorial, então este processo vivido ao longo da vida articula-se com a autoformação, heteroformação e ecoformação. No caso dos profissionais de enfermagem, parece-nos evidente a importância de um espaço de formação, num espaço de trabalho, de modo a não dissociar os saberes relacionais e os técnicos.

Pineau (1986, p. 138-146), ao falar da sua teoria tripolar na formação, contempla a influência do EU, dos OUTROS e do AMBIENTE. Isto remete-nos para a impossibilidade de criar situações artificiais de ensino; há que procurar nos contextos reais do trabalho, construir a sua própria formação. A informação apreende-se pelo sensorial, mas o conhecimento é da ordem do vivido experiencial; é interno ao indivíduo, intransmissível, o que implica uma apropriação em conjunto com outros actores sociais.

Relacionando estas questões com as reformas educativas, parece-nos que tem muito a ver com a lógica da reforma e com a lógica da inovação, em que a primeira nos remete para o Instituído, o Planeado, e a segunda para o Instituinte; na lógica da inovação, a decisão e a acção podem coincidir nos mesmos tempos, enquanto que na lógica da reforma, as decisões são tomadas por outros, o que dá lugar por vezes, a que quanto mais reformas, menos mudanças (Rui Canário, 1994). Em educação, não nos parece tão importante a inovação de novos métodos, mas a relação que se estabelece com eles. Para haver mudança, torna-se necessário uma finalidade do trabalho, mudanças nas relações de poder e regras de comunicação, de contrário opera-se mudança por mudança, sem significado.

A este propósito Barbier (1991) diz que “a formação para a mudança tem que extrapolar a escola, isto é, deve ser uma formação que leve à construção de projectos profissionais, à análise e questionamento de novas práticas, a correr riscos.”

Parece que estamos numa época de transição propícia para a construção de uma nova identidade profissional dos enfermeiros e que passa, em grande parte, por esta problemática da autoformação e reflexão das práticas vividas.

Lembrando Einstein, “por vezes é difícil entender os períodos de transição e é necessário voltar às coisas simples, à capacidade de formular perguntas simples que (como ele diz) só uma criança pode fazer, mas que depois de feitas são capazes de trazer uma luz nova à nossa perplexidade.”

Durante muitos anos falou-se de educação permanente, de formação contínua dos enfermeiros, mas não se vivia numa atitude crítica perante os acontecimentos do dia a dia; a formação era exterior à pessoa, não contemplava as vivências práticas. E como refere Dominicé (1990) “a pedagogia da singularidade, independentemente de todos os manuais e todas as fórmulas, assegura um envolvimento mais activo na educação de adultos.” O mesmo autor acrescenta que a experiência não constitui, em si, uma aprendizagem, mas a aprendizagem não pode passar sem a experiência (Dominicé, 1990, p. 57).

O conhecimento, como fruto da acção humana, constitui-se num determinado espaço e tempo, de forma aleatória, imprevisível e que sem o contacto com o vivenciado não teria sentido, não passaria de uma operacionalização mental.

Para a experiência educativa é uma experiência reconstruída, é uma prática problematizada. A reflexão é a ruptura na continuidade do quotidiano, é uma forma diferente de ver a realidade (Kolb, 1984).

Kolb define a aprendizagem experiencial como “um processo no decurso do qual um saber é criado graças à transformação pela experiência” (1984, p. 35). A palavra experiência, com etimologia latina, de “experire,” significa “sair do perigo, da prova, o que implica uma noção de ruptura de uma situação anterior, na qual o organismo estava em continuidade e estabilidade com o seu meio” (Pineau, 1991 p. 25). O mesmo autor acrescenta: a experiência é tudo o que se constitui ao longo do tempo individual e colectivamente na intimidade da pessoa, no seu corpo, inteligência, imaginário, sensibilidade e na compreensão quotidiana com o real (1991, p. 28).

Parece-nos que a formação que advém de todo este envolvimento é imprevisível, única, irrepetível e por isso muito enriquecedora, quando reflectida. No campo das



práticas profissionais e sociais, a experiência não é considerada conhecimento formal, no entanto, estes conhecimentos não têm autoridade sem a experiência. Este paradoxo apoia-se na formação contínua e reflexiva dos profissionais; a experiência torna a pedagogia mais interactiva e dialéctica (Dominicé, 1991 p. 148).

A preocupação, nos últimos anos, em aprofundar as situações investigativas da prática, tem levado a uma crise de racionalidade cognitivo/instrumental, e a um maior desenvolvimento da racionalidade comunicacional. Parece-nos que nas práticas de enfermagem, a compreensão da dinâmica das situações formativas tem levado a uma análise e reflexão das experiências práticas onde o informal desempenha um papel estruturante na formação dos enfermeiros.

#### 4.1- PERSPECTIVA HISTÓRICA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Reflectindo sobre o caminho percorrido pela enfermagem, verificamos que, desde os tempos mais remotos até à Idade Média, se identifica o exercício dos cuidados de enfermagem com a imagem da mulher, que tem a função de cuidar e alimentar o seu filho, os cuidados aos mais velhos, aos fracos, aos mendigos...; cuidar era um acto instintivo, aprendido pela experiência e fazia parte do senso comum; não se exigia conhecimentos técnicos e específicos, nem um raciocínio crítico.

A história da enfermagem pode considerar-se um pouco a história das sociedades, assim o cuidar era específico das mulheres, cujo objectivo era ajudar o homem a desenvolver as suas actividades de vida, conquistando um papel social ao longo da história das sociedades.

Segundo Collière (1989), ao longo dos tempos, encontramos três grandes modos de identificação de profissões:

- identificação da prática de cuidados com a mulher, desde os primórdios da humanidade, até à Idade Média. O papel seria a expressão das práticas de cuidados elaborados a partir da fecundidade e moldadas pela herança cultural da mulher que ajuda;

- identificação da prática de cuidados com a mulher consagrada, desde a Idade Média, até ao fim do século XIX. O papel era prescrito pelas regras dos conventos, que guiavam as condutas e os comportamentos da mulher consagrada;
- identificação da prática de cuidados com a mulher auxiliar do médico, do princípio do século XIX até aos anos sessenta.

O papel da enfermeira surge a partir da dissociação entre os aspectos morais e técnicos. A enfermeira conquista o reconhecimento do exercício à custa da formação e do reconhecimento social; surgem as carreiras profissionais e a formação dos órgãos representativos.

A imagem simples de alguém que cuida, com carinho, continua nos tempos seguintes. Da Idade Média vem-nos a imagem da mulher consagrada, que cuida de doentes com exigência de dever cristão e como meio de salvação; é uma imagem de alguém que cuida, por amor, sem recompensa e sem exigência de conhecimentos específicos, ao mesmo tempo que resiste às tentações mundanas.

Tudo isto levou a uma imagem da enfermeira com um estatuto de uma vocação, mais que uma profissão, em que os cuidados de enfermagem não exigiam um saber próprio, mas apenas caridade, embora na época se reconhecesse que a enfermagem era “de primordial importância tanto para o doente como para o médico responsável pelo tratamento... com boa enfermagem o doente restabelecer-se-ia; sem ela teria todas as possibilidades de morrer” (Kenneth Walker, cit. por Bento Nogueira, 1969, p. 66).

Nesta altura as funções do enfermeiro pouco se distinguem das do outro pessoal auxiliar. Pode dizer-se que o papel social assumido pela enfermagem do século XIX deriva do serviço prestado aos pobres e doentes pelas religiosas. Só com a evolução de outras ciências e o aparecimento de Florence Nightingale, a enfermagem surge progressivamente como uma profissão detentora de um domínio específico de conhecimentos, com a criação de uma escola de enfermagem.

A partir dos finais do século XIX, alguns factores sociais contribuíram para o desenvolvimento da enfermagem como profissão: desenvolvimento da ciência e tecnologia, desenvolvimento das ciências humanas, guerras mundiais e grandes mudanças sociais.

Nesta altura, novos padrões de vida se implementaram, a medicina desenvolve-se mais nas causas, efeitos, tratamento e prevenção de certas doenças. Os hospitais passam a ser orientados de forma científica e as pessoas tornam-se cada vez mais sensíveis ao sofrimento humano.

No período pós-guerra, a mulher assume cada vez mais papéis importantes dentro e fora da enfermagem, começando a ter influência na sociedade. Criam-se condições para o movimento de emancipação que afectam as mulheres de todos os sectores da sociedade, embora de forma e em tempos diferentes, nas diversas sociedades.

A Florence Nightingale é atribuída a enfermagem como profissão; assim cria dois tipos de enfermeiras: as “bem” educadas, líderes que supervisionam e ensinam o trabalho das outras; e um grupo de enfermeiras treinadas que executariam a maior parte do trabalho no ambiente hospitalar.

Embora Nightingale tenha querido “abrir uma carreira bem paga”, a imagem “de trabalhadora obediente e respeitável,” da enfermeira persistiria na mente da sociedade e de muitos profissionais de enfermagem, ainda nos nossos dias.

Em Portugal surge a primeira escola de enfermagem em 1881, em Coimbra - Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca. Nesta altura, os saberes limitavam-se ao saber-fazer. Analisando alguns documentos da época, verifica-se que a enfermagem em Portugal emergia da necessidade de dar uma resposta imediata à organização dos hospitais. O ensino continuava a ser da responsabilidade dos médicos e junto às universidades; as exigências da formação são poucas e as “tarefas” de enfermagem são de carácter doméstico. Os valores preconizados são a obediência, a vontade, a caridade, compreensão e zelo.

Em 1920 é aprovado o regulamento de enfermagem pelo Decreto-Lei número 6: 943 de 16 de Setembro. A análise destes documentos permite dizer que houve um certo avanço na profissão; o currículo era mais desenvolvido e exigente, contemplando um vasto leque de disciplinas relacionadas com o saber técnico e científico. Apesar disso os professores continuavam a ser os médicos e os enfermeiros os auxiliares de ensino. Os valores mais visíveis eram o bom comportamento, a robustez física, a saúde, as habilitações literárias, a pontualidade, a assiduidade, a atenção e o respeito.



Em 1947 com o Decreto -Lei 36219, de 10 de Abril e com base num estudo realizado em Inglaterra que permitiu “concluir que cinquenta e cinco por cento das actividades das enfermeiras não tinha carácter profissional específico, e que podia ser confiado a enfermeiras práticas. O ensino de enfermagem é reorganizado e criam-se escolas oficiais para leccionar o Curso de Enfermagem Geral e o Curso de Auxiliares de Enfermagem. Este último foi extinto em 1975 e os auxiliares de enfermagem são promovidos a enfermeiros após a frequência de um curso de doze meses.

O ensino é orientado no sentido da preferência do sexo feminino e em regime de internato. As escolas de enfermagem já têm alguma autonomia técnica e administrativa. A actividade de enfermagem passa a ser desenvolvida por dois grupos de profissionais: os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem; ao mesmo tempo, prevê-se a formação de enfermeiros chefes e monitores.

Nesta altura, os médicos ainda controlavam e dominavam a profissão e os valores explícitos continuavam a ser os mesmos. Os aspectos culturais da época favoreciam a feminilidade da profissão, até porque o papel da mulher era atribuído à mãe e à doméstica e como tal, dava resposta às necessidades dos doentes, “como mãe”, e dos médicos, como “ajudante submissa.”

A partir de 1965 verifica-se um certo avanço nos serviços de saúde, os hospitais são vistos “com outros olhos”, e ao mesmo tempo há uma evolução no ensino de enfermagem, com a reestruturação curricular. O nível de conhecimentos traduz-se em planos e programas que fazem com que os profissionais estejam aptos a actuar ao nível da prevenção, do tratamento e recuperação. Nesta altura, a saúde pública começa a ser alvo de alguma atenção.

As escolas de enfermagem têm mais autonomia e o ensino é só da responsabilidade dos monitores (enfermeiros) e dos auxiliares de monitor, daqui resulta uma grande reforma na formação inicial e contínua dos enfermeiros.

Devemos referir que, no nosso país, só em 1967 surgiu uma verdadeira carreira profissional com exigência de formação e progressão, com o Decreto-Lei número 48166, de 27 de Dezembro de 1967, reconhecendo o legislador que:

“...as condições que se verificam impõem uma rápida actuação nos sectores, quer da saúde pública em geral, quer hospitalar, de modo a evitar o agravamento da situação presente e a permitir a realização dos programas existentes. Para tanto, estruturam-se as carreiras de enfermagem hospitalar, de saúde pública e de ensino (...) atendendo-se às maiores habilitações que habitualmente se exigem para o exercício da profissão e aos mais longos e gravosos horários de trabalho, em confronto com os demais serviços públicos. (...) por outro lado, o exercício da profissão é bastante exigente e implica graves responsabilidades e impõe horários de trabalho que vão até às oito horas diárias, prestadas em muitos casos, aos domingos e feriados e no período da noite”<sup>1</sup>

Este diploma estabelecia para os profissionais de enfermagem a carreira hospitalar, a carreira de saúde pública e a carreira de ensino.

A carreira hospitalar integrava as seguintes categorias: enfermeiro superintendente, enfermeiro chefe, enfermeiro sub-chefe, enfermeiro de primeira classe, enfermeiro de segunda classe, auxiliar de enfermagem de primeira classe e de segunda classe.

Na carreira de saúde pública existia as seguintes categorias: enfermeiro chefe de serviço de enfermagem regional, enfermeiro sub-chefe de serviço de enfermagem regional e enfermeiro de saúde pública.

Na carreira de ensino as categorias de director de escola, monitor chefe, enfermeiro professor, enfermeiro monitor e auxiliar de monitor.

Esta carreira vigorou até 1981, com algumas adaptações com o Decreto-Lei 305/81 de 12 de Novembro. Com este Decreto os profissionais de enfermagem passaram a ter uma carreira única e aplicável às três áreas de actuação correspondentes respectivamente à prestação de cuidados, à administração e à docência, desenvolvendo-se em cinco graus conforme o quadro I.

Neste Decreto aparecem descritas, pela primeira vez, as áreas de intervenção dos enfermeiros e as funções inerentes a cada uma das categorias. A formação de enfermagem passa a ser também da responsabilidade dos enfermeiros em exercício, a

---

<sup>1</sup> PORTUGAL, Ministério da Saúde e da Assistência - Decreto-Lei 48166. Diário do Governo, I Série, de 27 de Dezembro de 1967.

partir de determinadas categorias; reconhece-se a necessidade de formação permanente para o acompanhamento da evolução do saber específico da profissão.

A partir de 1975 há grandes evoluções quer na saúde, quer no ensino de enfermagem. O Secretário de Estado da Saúde nomeia um grupo de trabalho com representantes das escolas de enfermagem, sindicatos e associações de enfermeiros para estudar uma nova concepção curricular que acontece em 1976. Nesta época a profissão torna-se menos hierarquizada e as escolas são democratizadas.

O ensino de enfermagem é integrado no sistema educativo nacional, que levou a algum desenvolvimento da profissão. A formação dos enfermeiros vai no sentido do Cuidar em enfermagem a todos os níveis de prevenção e sobretudo na promoção da saúde.

A partir deste período, devido à grande heterogeneidade da formação dentro da própria classe, surge um crescente interesse pela formação contínua e organização de acções de formação de formadores, levando a um grande desempenho dos profissionais de enfermagem na educação permanente.

Nos anos setenta, grande parte dos recursos disponíveis, nos centros de formação, foram dirigidos para a promoção dos auxiliares de enfermagem a enfermeiros, por imperativo legal.

Para os enfermeiros, com o curso geral de enfermagem, a formação acentuou-se nas áreas de gestão e pedagogia.

Em 1981, considerando as ambiguidades e as diferenças existentes entre os profissionais de enfermagem das diferentes áreas de actuação, e as recomendações internacionais (OMS, CEE e OIT), a carreira de enfermagem foi alterada.

Em 1985, com o Decreto-Lei 178/85 de 23 de Maio, começam a esbater-se alguns problemas com a imposição de acções de formação; no entanto, todo o articulado, foi construído a partir da necessidade de desenvolver a formação contínua como estratégia na progressão da carreira e de dinamização das práticas profissionais.

Neste quadro pretendemos mostrar a hierarquia da profissão de enfermagem, nesta época e as respectivas funções, para podermos comparar com as vigentes no decreto-Lei 437/91.

Quadro 1 - Estrutura da Carreira Profissional de Enfermagem - Decreto-Lei 305/81 de 12 de Novembro

GRAUS	CATEGORIA PROFISSIONAL	AREA DE ACTUAÇÃO
Grau I	Enfermeiro	Prestação de cuidados
Grau II	Enfermeiro Graduado Enfermeiro Monitor	Prestação de cuidados Ensino
Grau III	Enfermeiro Especialista Enfermeiro Chefe Enfermeiro Assistente	Prestação de cuidados Administração Ensino
Grau IV	Enfermeiro Supervisor Enfermeiro Professor	Administração Ensino
Grau V	Técnico de Enfermagem	Administração

Na década de oitenta mobilizaram-se muitos recursos para a formação permanente dos profissionais de saúde. Continuou a apostar-se na criação de centros de formação.

O sector de enfermagem foi um dos sectores sócio-profissionais que mais se dinamizaram em torno da formação. Pensamos que devido à heterogeneidade da formação também à necessidade de acompanhar as novas técnicas e tecnologias.

Em 1989, o Departamento de Recursos Humanos da Saúde, num ciclo de conferências dirigido a gestores da área da saúde com o objectivo de inovar a gestão - "construir saúde" - apresentou um documento de trabalho com princípios orientadores de uma política de formação contínua desejável para os profissionais da saúde.

A nosso ver, este documento constitui um marco de reflexão colectiva na dinâmica da formação contínua e na definição de uma política mais objectiva de saúde em Portugal. O documento conciliava princípios de gestão com princípios de formação de adultos, tais como:

- A preocupação pela realização dos recursos das instituições e a adopção de estratégias a nível da formação;
- A descentralização da formação, com ênfase na formação em contexto de trabalho, reforço do trabalho da equipa, reforço na dinâmica da formação.

O Ministério da Saúde, com o apoio das estruturas representativas de classe (sindicatos e organizações profissionais), desenvolveu esforços no sentido da formação contínua dos enfermeiros com a publicação da carreira de enfermagem no Decreto-Lei 437/91 de 15 de Novembro, que entrou em vigor em Janeiro de 1992.

Este documento representa um grande avanço qualitativo e quantitativo relativamente às anteriores carreiras sobretudo no que respeita à formação contínua dos enfermeiros em geral (artigo 63):

“ Artigo 63

**Formação contínua**

1. As estruturas de formação dos estabelecimentos ou serviços prestadores de cuidados de saúde, devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros.
2. Os enfermeiros têm direito à utilização de um período correspondente a quarenta e duas horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional, mediante despacho do respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço.
4. Depois de cada triénio de serviço efectivo, os acesores técnicos de enfermagem, os enfermeiros supervisores, os enfermeiros chefes e os enfermeiros especialistas poderão ser dispensados da prestação do trabalho normal, sem qualquer perda de direitos ou regalias, durante um período nunca superior a seis meses, seguidos ou interpolados, para efeitos de actualização científica e técnica.”

De facto, esta carreira trás aspectos inovadores, valorizando a formação em contexto de trabalho, de características formais, não formais e informais, articulada com as práticas, reduzindo as barreiras entre acção e formação, teoria e prática (como se pode ler no artigo 64º do mesmo diploma).

Passados três anos, da publicação do Decreto-Lei referido atrás, verificamos que são raras as instituições onde a lei está a ser aplicada, no entanto há alguns serviços onde a dinâmica da formação em serviço assenta em autênticas formas inovadoras de formação.

A actual carreira de enfermagem já não inclui os enfermeiros docentes, uma vez que estes passaram a fazer parte dos quadros das escolas superiores de enfermagem como docentes da carreira do ensino superior politécnico, ou em regime de transição para esta. A partir de então, apenas existe um nível de formação de base - a nível de bacharelato - tendo ingressado no mundo do trabalho, os primeiros em Abril de 1993. Esta carreira aplica-se a três áreas de actuação correspondentes, respectivamente à prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica.

Assim, os enfermeiros portugueses têm actualmente uma carreira profissional com quatro níveis e sete categorias como se pode verificar no quadro 2.

Quadro 2 - Estrutura da carreira profissional de enfermagem - Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro

Níveis	CATEGORIA PROFISSIONAL	Área de actuação
Nível 1	Enfermeiro Enfermeiro Graduado	Prestação de cuidados Prestação de Cuidados
Nível 2	Enfermeiro Especialista Enfermeiro Chefe	Prestação de Cuidados Gestão
Nível 3	Enfermeiro Supervisor Assessor Técnico Regional de Enfermagem	Gestão Assessoria Técnica
Nível 4	Assessor Técnico de Enfermagem	Assessoria Técnica

A cada categoria correspondem funções diferenciadas, o que implica uma formação adequada. A propósito do nosso estudo, importa especificar as funções referentes a prestação de cuidados, pois frequentemente os enfermeiros se queixam de que não têm um estatuto definido e não conhecem verdadeiramente o seu campo de actuação, como se verifica ao longo do estudo empírico.

Verificamos, pela legislação, que ao enfermeiro do nível I compete:

- a) Colher dados para identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, com base num modelo teórico de enfermagem;
- b) Elaborar o plano de cuidados de enfermagem, em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis;
- c) Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o auto-cuidado;
- d) Integrar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família, a preparação para a alta ou internamento hospitalar;
- e) Responsabilizar-se por prestar cuidados de enfermagem à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- f) Participar nas acções que visem a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados;
- g) Avaliar os cuidados de enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos;
- h) Reavaliar as necessidades do utente em cuidados de enfermagem;
- i) Realizar ou colaborar em estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem;

j) Utilizar os resultados de estudo e de trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem;

l) Colaborar na formação realizada na unidade de cuidados.

Ao enfermeiro graduado compete executar o conteúdo funcional descrito para a categoria de enfermeiro (nível I) e ainda as funções de orientação e coordenação de equipas de enfermagem na prestação de cuidados.

Ao enfermeiro especialista compete executar o conteúdo funcional inerente às categorias de enfermeiro (nível 1), de enfermeiro graduado e ainda o seguinte:

a) Prestar cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui;

b) Estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência;

c) Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar de forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família grupos e comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias;

d) Responsabilizar-se pela área de enfermagem nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes;



- e) Emitir pareceres sobre localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade;
- f) Colaborar na determinação de custos/benefícios na área da prestação de cuidados;
- g) Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respectivo plano anual de actividades;
- h) Elaborar o relatório das actividades da formação em serviço;
- i) Colaborar nos projectos da formação realizados no estabelecimento ou serviço;
- j) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Pela análise das funções descritas, poder-se-à dizer que elas são cumulativas, e que ao enfermeiro compete prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade, usando uma metodologia adequada que permita identificar necessidades, planear acções e estabelecer prioridades, agindo num clima de interacção e implicação com o utente, registando os resultados, quer pela análise da problemática do utente, quer também pela análise dos factores influenciadores, através de uma perspectiva ecológica.

O enfermeiro, com uma formação especializada, deve prestar cuidados mais específicos, nomeadamente, em situação de crise, de risco ou de urgência; como especialista também tem funções de planeamento e gestão de instalações, material e pessoal. Compete-lhe ainda reavaliar a situação da pessoa/família/comunidade assistida, considerando indicadores específicos.

Perante o exposto constata-se que ao enfermeiro é atribuída a responsabilidade na formação em serviço, desde o início da sua carreira, quer no próprio grupo de enfermeiros, quer na colaboração na formação de outro pessoal. Por outro lado, a

formação do enfermeiro vai no sentido do CUIDAR em enfermagem a todos os níveis de prevenção e na promoção da saúde.

Pretende-se que socialmente, o enfermeiro seja um agente de transformação a nível do indivíduo, da família e da comunidade, incrementando o “valor” da educação para a saúde ou na saúde; pois se a educação para a saúde é um processo contínuo, este deve fazer parte da vivência prática e não ser encarado como situação esporádica das práticas de enfermagem, pois é antes de tudo uma mudança de comportamentos. A prática dos enfermeiros deve intervir nos hábitos de vida das pessoas, formando-se, formando-os, permitindo ao indivíduo construir significações determinadas por um estilo de vida, conferindo-lhe autonomia, responsabilidade, liberdade e independência.

Sendo a legislação clara ao atribuir ao enfermeiro a função de prestar cuidados de enfermagem, precisamos de saber especificamente o que são cuidados de enfermagem, isto é, quais as actividades dos enfermeiros, e ter um estatuto bem definido, de modo a conhecerem as suas fronteiras com os outros técnicos da saúde. Assim, seria possível estabelecer-se um verdadeiro trabalho de equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Após esta breve descrição histórica da enfermagem em Portugal, podemos reconhecer que o enfermeiro viveu épocas bem diferentes; cada uma caracterizada por determinados valores culturais e morais, por diferentes formas de agir, de pensar e de sentir, enquadrando um determinado contexto sócio-político e cultural.

Registam-se notáveis mudanças (avanços) nas últimas décadas, após grande período de estagnação. Tradicionalmente, os aspectos culturais da enfermagem, como de outras profissões, apontavam para uma actuação passiva que levava a uma certa submissão e obediência; por outro lado, a formação era voltada para a prática tecnicista, instrumentalista e insuficientemente fundamentada como profissão.

Parece-nos que, apesar dos diferentes valores, atitudes e comportamentos face à profissão, as práticas de enfermagem não têm evoluído na relação directa da transformação da sociedade.

A formação da enfermagem tem sofrido mudanças que não se tem pretendido que sejam exteriores, mas interiores ao processo, de modo a contribuir para a formação de enfermeiros reflexivos/inovadores.

No entanto parece-nos haver discrepância entre o que realmente os enfermeiros pensam e aquilo que realmente fazem, ou seja, um desfasamento entre as teorias defendidas e as praticadas (Schon, in. Green Wood, 1993).

Silva Santos (1986) lembra-nos que muitos dos valores profissionais interiorizados durante a formação académica são desconsiderados das instituições hospitalares, o que acarreta algumas dificuldades na aplicação dos saberes adquiridos.

#### 4. 2 - FORMAÇÃO E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

As diferentes perspectivas sobre a formação e práticas abordadas neste capítulo visam reflectir sobre o que são as práticas, o que é a reflexão e como podemos valorizar/innovar as práticas dos enfermeiros, num contexto ecológico.

Compreende-se assim que o processo da formação nas práticas se desenvolve à volta de: as representações, as estruturas e as estratégias.

O homem constrói um sistema de representações, ao longo do seu percurso de vida, a partir das experiências vivenciadas; poder-se-à dizer que o comportamento do indivíduo não é determinado directamente pelos estímulos ambientais, mas pelo estatuto que lhe é conferido pelo sistema de representação que ele possui.

A formação enquadra-se num determinado meio e só acontece quando o indivíduo está adaptado a ele, e tem necessidade de desenvolver competências congruentes com as exigências do mesmo. Neste sentido, a formação faz-se no desenvolvimento das estratégias eficazes, de acordo com o nível de formação desejada.

O que é uma prática? pode dizer-se que é uma actividade situada, uma evolução dinâmica organizada segundo certas regras ou certos princípios. “Uma prática exprime uma relação entre a pessoa, o grupo e o meio social da época” (Honoré, 1984); por exemplo, a prática de um enfermeiro traduz o que ele é pessoalmente (sua formação, seu interesse, a sua educação), mas também o grupo no qual ele está inserido com as interacções entre as diferentes personalidades que compõem o estado das relações

instituídas nos profissionais (médicos, administrativos e outros), a estabelecer com os doentes uma certa concepção de saúde.

A reflexão é uma actividade psíquica que não se exerce sobre os componentes da actividade reflexiva sobre o que já está informada: as percepções, os conhecimentos, os modelos de acção, os julgamentos. A reflexão suscita um conhecimento na prática, pelas significações que ela dá às percepções, às representações, aos modelos de acção, às apreciações. Uma reflexão sobre a prática transforma sempre a prática, porque põe em jogo o duplo processo de diferenciação e activação do sentido:

- A prática torna perceptíveis elementos da situação; é uma actividade “situada” no campo da identidade e da diferença;
- Faz da ruptura um elemento significativo (Honoré, 1984).

Formar-se pertence aos sujeitos que se formam, constituindo-se num processo “impulsionador de competências, integrado no percurso individual e autogerido, segundo uma lógica de apropriação e não de acumulação de saberes” (Rui Canário, 1991, p. 83). Formar-se interliga a vida dos sujeitos, os saberes e a experiência global; por isso é importante investir na pessoa e dar estatuto ao saber da experiência (António Nóvoa, 1991, p. 23).

Numa outra perspectiva ainda se defende que a formação pode ser vista como o reequilíbrio de aprendizagens anteriores, implicando múltiplas dimensões de quem aprende; daí o distanciamento dos processos escolarizados de ensino, identificados com o sistema escolar; e a sua aproximação/identificação da formação com objecto, sujeito e agente de socialização (Lesne, 1984, p. 23).

Uma formação que transforma um incidente crítico numa fonte de significações, leva a novas técnicas, novos conhecimentos, novos valores e dá lugar à criatividade. A ruptura interrompe o automatismo, e o repetitivo, por isso é imprevisível; em termos sistémicos podemos dizer que é o choque do aleatório sobre o sistema (Honoré, 1984).

Em suma, a reflexão sobre a prática aparece como um risco; convém considerá-la como uma prática e procurar as melhores condições de tal actividade. “A reflexão sobre a prática é ela mesma uma prática” (Honoré, 1984). A prática está situada, dinamizada, valorizada; é um pensamento analítico e corresponde a um pensamento dialéctico.

Considera-se que a reflexão sobre a prática revela em primeiro lugar a forma que limita a prática, e refere-se a outras formas, ela explica a prática. A actividade reflexiva estabelece uma dinâmica que arrasta a prática num percurso de exterioridade - interioridade - exterioridade (ou objecto - sujeito - objecto). Por exterioridade da prática designamos a situação e o produto. Por interioridade entendemos o sujeito sentindo, agindo e utilizando a sua capacidade de reflexão.

Uma prática reflectida marca um momento, uma data de um processo individual e colectivo. Reflectir a prática é avaliá-la no sentido de que ela é geradora de novos valores (Honoré, 1984). A actividade reflexiva implica uma actividade de formação pelo conhecimento que arrasta sobre os fenómenos evolutivos e sobre as possibilidades de acção que ela suscita. Honoré (1984), mostra-nos com alguns exemplos como podemos entender a reflexão sobre a prática com base na formação:

- O objectivo é o de contribuir para a valorização da relação na prática cuidativa, e da abertura interprofissional no hospital. Com este objectivo pretende-se verificar a relação de trabalho com os colegas de cada equipa num conjunto de serviços, e a relação com a pessoa doente no acto de cuidar.

Uma atitude psico-sociológica da prática cuidativa no estabelecimento hospitalar permite uma descrição de estatutos, de papéis, de interacções entre cuidando e cuidados. Desta análise resulta uma compreensão das dificuldades encontradas para soluções face à doença, à divisão de papéis e às relações hierárquicas. Uma reflexão sobre a prática real de cada um ultrapassará esta descrição, pela diferenciação e valorização de cada acto em relação a um novo objectivo que não é somente a luta contra a doença, numa organização hospitalar normalizada, mas o cuidar de uma pessoa doente, para que ela reencontre e conserve a saúde numa estratégia de educação para a saúde. Reflectir sobre a prática pode consistir em dar sentido aos actos e aos produtos do meio onde as práticas são exercidas; é um pôr em questão as percepções e as representações desse meio através da diferenciação.

Uma formação centrada sobre a prática visa reconhecer, a todo o momento, a possibilidade de ser um momento evolutivo; transforma os momentos maturativos em momentos evolutivos. Relativamente à reflexão com a presença sobre a prática, coloca-

se em jogo a actividade significativa; dizem que a presença na prática é tanto mais activa, quanto mais geradora de novas significações. Podem-se distinguir vários níveis de presença:

- a passividade não procura intervir no contexto; o indivíduo funciona segundo um modelo técnico, incapaz de se adaptar a uma nova situação. As práticas vivenciadas passivamente têm uma degradação de sentido;
- a reactividade é um modo de presença tendente a estabilizar o que adquiriu, de modo a manter uma organização reprodutiva; é uma presença atenta aos conhecimentos, voluntariosa, coerente e organizacional nas regras e valores que sustentam os objectivos; põe em jogo as forças opostas à formatividade, ao renovamento da prática;
- a actividade reflexiva é a presença que manifesta uma actividade tendente ao desenvolvimento do conhecimento e enriquecimento da experiência; é uma presença que deixa lugar à imprevisibilidade, é aleatória. Está desperta para compreender as variações que dão ao objecto, à pessoa, à situação, e à sua característica única; é uma presença afirmativa que resulta num alargamento do conhecimento, na transformação permanente do mundo, na criação de novos valores. É um questionamento do futuro e dos espaços incomuns.

Parece-nos que esta reflexão sobre as práticas se adapta bem à evolução histórica das práticas em enfermagem. No sentido em que têm evoluído desde a passividade do enfermeiro como mero executor de ordens médicas, até à fase em que a formação e as vivências dos enfermeiros têm posto em questão essa prática questionando-a, e dando outra dinâmica às experiências do quotidiano. Se analisarmos numa perspectiva conjuntural, verificamos que a problemática em que todo o contexto dos enfermeiros se desenvolve tem a ver com as práticas; a própria história da formação remete-nos para a prática reflexiva, valorizando a formação em serviço, e tentando cada vez mais dar sentido às suas práticas actuando com uma metodologia de trabalho, que contempla não uma pessoa que sofre de uma doença mas uma pessoa que tem alterações a nível biológico, psicológico, antropológico, social, inserido numa família e numa determinada comunidade. A prova de que hoje os enfermeiros reflectem sobre as suas práticas é que, anteriormente, não existiam conflitos entre eles e os outros técnicos, nomeadamente os

médicos, e hoje sente-se que cada grupo procura a sua identidade e autonomia nas suas funções. Há uma preocupação com o estatuto e com a diferenciação de actividades de cada grupo, o que por vezes gera conflito.

O movimento da escola nova provocou de certo modo uma “revolução pedagógica”, criando métodos activos, estímulo à criatividade, autonomia dos educandos que deram sentido e incentivo à tentativa de construção da escola do trabalho, do “aprender fazendo.” Este foi um grande contributo no movimento da educação permanente, no domínio da formação de adultos; hoje procura-se um sistema “equilibrante” entre o mundo real da vida quotidiana e o novo modelo conceptual de formação que dá sentido às experiências de vida. O adulto constrói a sua formação com base retrospectiva, e não apenas baseada em contextos de progresso e de desenvolvimento.

A reflexão crítica assume assim um papel fundamental na formação de adultos, dando estatuto aos denominados saberes resultantes da educação informal e de outras formas de formação, que não incluam o modelo escolar. A formação é vista assim numa perspectiva sistémica, em que o passado, o presente e o futuro são reconhecidos como elementos de construção da sociedade, e consequentemente como elementos importantes da formação dos indivíduos e dos grupos. ...”não se trata de aprender e mudar para viver ou sobreviver, mas antes de viver e aprender para mudar, sendo capaz de participar no processo de transformação da realidade” (Romero Brest, cit. por Pain, 1990, p. 72).

Questionar a realidade da formação no campo da prática, distancia-nos da ideia de que a formação para cuidar a pessoa possa ser encarada como acumulação de cursos técnicos, de acções de formação, mas aproxima-se mais de uma noção de formação baseada na reflexividade crítica sobre as práticas, colocando a experiência como saber de referência relativamente aos adultos. A formação situa-se na história de vida de cada indivíduo como resultante de processos de reapropriação, reflexão e consciencialização do contexto, marcando o percurso educativo de cada adulto (Dominicé, 1990, p. 166).

A palavra reflexão é usada ultimamente nos discursos educacionais, sobretudo com alguns profissionais, incluindo os enfermeiros, o que leva a que a prática reflexiva seja um conceito a que ninguém se opõe, mas que muitas vezes é etiquetado de “utópico” e

de “idealista”. Isto, devido ao ritmo acelerado a que hoje se assiste em todas as organizações, e à rapidez com que por vezes se tem de tomar decisões; joga-se muito na imprevisibilidade, e na intuição, devido à falta de tempo. Parece-nos que não pode haver reflexão sem tempo. A experiência educativa é uma experiência reconstruída, é a prática problematizada, a prática reflexiva. O autor refere-se a este assunto dizendo que é necessário um equilíbrio entre o fazer e o pensar: “a reflexão é um processo que ocorre antes e depois da acção, pois as práticas têm conversas reflexivas com as situações que estão a praticar, enquadrando e resolvendo problemas *in loco*” (Zeichner, 1993, p. 20).

Schon (1991) considera que, na prática, o rigor se consegue à custa da relevância, pois as situações práticas não induzem a uma aplicação directa da teoria, e como tal, não se pode apelidar a prática de rotineira. Há situações práticas que não são rotineiras e manifestam-se por incerteza, singularidade, instabilidade e conflito de valores.

Problematizar a prática significa subverter o dualismo teoria/prática. Para Pring, (1970), ...”todas as acções pressupõem intenções, estão relacionadas com marcas ou paradigmas conceptuais que dependem da vida social (...) a prática interessa-se pela acção e a intencionalidade constitui o seu traço fundamental” (in: Usher e Bryan, 1992, p. 85). A noção de prática e teoria implica uma visão de que a prática não é uma ciência, levando ao distanciamento da teoria científica da observação do quotidiano. Neste sentido Bachelard utiliza mesmo a expressão “ruptura epistemológica”.

Reflectir sobre a experiência significa reconhecer que o processo de aprendizagem se prolongue na, com e pela prática, criticando, analisando...; supõe actuar pela singularidade e particularidade, na medida em que não há técnicas previstas ou aprendidas para tomar a decisão deliberada. Fazer na prática, é muitas vezes conotado como algo rotineiro e automático; não podemos negar a tendência da prática para a “mecanização, rotinização”, nomeadamente na enfermagem; no entanto, pode-se resistir à rotina através da actuação na incerteza, no aleatório e na qualificação do profissional, questionando a razão de ser das suas actuações.

No cuidar em enfermagem, tal como na educação, não se pode conceber um saber fazer desligado dos valores, das consequências sociais, dos pressupostos filosóficos, da cultura e de todo o funcionamento do ser humano; das concepções de conhecimentos que



se detêm. Em enfermagem e noutras profissões verifica-se uma discrepância entre aquilo que as teorias sugerem, e o que ocorre na prática. Por exemplo, na teoria, cada doente é considerado um indivíduo com necessidades físicas, emocionais, sociais e outras; o foco da actuação do enfermeiro não é a doença, mas a pessoa. Todos os modelos de enfermagem apontam para cuidados que ajudem as pessoas a manter um nível óptimo de bem-estar.

Porém, na prática, o que se passa é bem diferente, e os cuidados de enfermagem desenvolvem-se nas enfermarias, com rotinas bem estabelecidas, que fogem por vezes ao controlo dos enfermeiros, através da cultura institucional. Parece-nos que grande parte destes profissionais tem consciência disto, no entanto, não basta reflectir nas suas vivências práticas isoladamente, é necessário um empenhamento conjunto.

Argyris e Schon (1974) sugerem que a prática diária, quando conotada com a rotina, ajuda os profissionais a permanecerem cegos sobre as suas incapacidades; acrescentam ainda que a (re)educação deve tentar identificar as teorias da prática, e a forma de o fazer não é perguntando, mas observando os comportamentos. A propósito, António Nóvoa fala-nos de “profissionais reflexivos que devem deter os meios de controlo sobre o seu próprio trabalho no quadro de uma responsabilidade profissional e de uma intervenção autónoma na organização escolar” (1991, p. 67). Mudar a imagem dos enfermeiros, pode ser enriquecer as práticas, através da interacção entre os grupos e as representações dos mesmos.

Dubar (1991), neste contexto, refere que “pensar que a formação permite por si só que cada um enriqueça o seu “capital humano,” para se adaptar às transformações técnicas, é ter uma concepção demasiadamente restritiva dos problemas da profissão e dos complexos processos sociais inerentes às mudanças actuais”.

A adequação, entre formação e situação de trabalho, dá lugar a uma trajectória profissional e a um percurso de formação, conducentes a inverter o ponto de vista da formação formalizada. A formação em exercício, nesta perspectiva, representa uma ruptura com a lógica da formação tradicional, de tipo adaptativo e instrumental. A valorização do local de trabalho, como meio de formação, leva a uma lógica inovadora da organização. Segundo Correia, “... o reconhecimento da importância da formação

informal tem sido, com efeito, acompanhado pela produção de modelos de inteligibilidade das práticas formativas onde o informal não desempenha um papel subsidiário mas estruturante” (1992, p. 5). Esta perspectiva engloba a educação formal, não formal e informal em momentos de um processo de formalização, tendo como referência as populações, os conteúdos e as situações (Pain, 1990).

#### 4.2.1 - A enfermagem e o seu domínio de conhecimentos

A profissão de enfermagem, ainda hoje, não é bem compreendida mesmo pelos enfermeiros, pois com frequência se questionam sobre o tipo de cuidados de enfermagem que prestam e sobre a qualidade da prática da enfermagem, isto é, sobre o próprio conceito de enfermagem.

Pensa-se que um discurso, sobre a enfermagem, envolve vários pontos de vista e uma reflexão sobre a essência da profissão tendo em conta as áreas afins, ou seja, as ciências que contribuem para a compreensão do homem. A nossa preocupação é tentar articular o conceito de enfermagem e o seu contributo específico à sociedade actual. Apesar dos inúmeros conceitos e teorias que se têm promovido, a questão, a que se tem procurado responder, não é o que é a enfermagem, mas sim o que fazem os enfermeiros. Florence Nightingale<sup>2</sup> foi a primeira enfermeira a acreditar no saber da enfermagem. Ela escreveu que “... o que a enfermagem faz ... é colocar o paciente nas melhores condições para a natureza agir sobre ele”. Se analisarmos este conceito verificamos que tem alguns ingredientes que ainda hoje não são exteriorizados. Na verdade, embora nas últimas décadas se venha a falar em teorias e modelos teóricos para a conceptualização da enfermagem, a sua prática tem sido exercida com base em crenças e valores com objectivos mais ou menos consistentes e explícitos a atingir, e alguns conhecimentos científicos e técnicos.

Muitos autores defendem que a enfermagem tem sido tradicionalmente orientada pelo modelo da prática médica - “modelo biomédico”, que hoje é posto em questão mesmo por alguns médicos que consideram a saúde mais do que uma homeostasia

---

<sup>2</sup> Cf. Florence Nightingale's (1992). Notes on Nursing. London. Scurati Press, p. 15-19.

biológica. Esta proximidade ao modelo médico, segundo Sainsaulieu (1985), aproximava os enfermeiros a uma identificação com o médico, através de elementos profissionais comuns. Pela condição de poder, facilitava o prestígio dos enfermeiros, e pela condição afectiva, ajudava na identificação. Esta orientação tecnicista do modelo médico levou progressivamente a uma subordinação do enfermeiro relativamente ao médico. A propósito Collière (1989, p. 14) diz: “o trabalho do enfermeiro só existiria a título residual e em relação com o trabalho do médico”. Este pensamento não era uniforme e, sobretudo em países nórdicos, a aproximação da enfermagem ao modelo médico de orientação humanista surgia como tentativa de desvalorização da imagem médica, pois a demarcação da enfermagem valorizava-se pela relação humanista.

No modelo biomédico centrado na doença e ligado à instrumentalidade, a Pessoa é considerada apenas um ser biológico, e a Saúde é a homeostasia biológica, podendo ser perturbada. Será esta perturbação que leva à doença, analisada numa causalidade linear e determinista, embora se aceite que toda a perturbação engloba o psicológico e o social. Neste modelo a perspectiva de qualquer acção é o controle da doença, a cura ou a recuperação de um traumatismo; e quando isto não for possível tende-se para o paliativo e o retardar da morte. Embora este modelo actualmente não seja aceite teoricamente, na prática clínica a generalidade das rotinas executadas pelos enfermeiros relacionam-se com o diagnóstico clínico e/ou com o tratamento prescrito, por consequência com a doença.

Naturalmente que algumas “rotinas” serão importantes na organização do trabalho, mas impõe-se que não se tornem um fim em si mesmas, desumanizando os cuidados e esquecendo a Pessoa com a sua história de vida, com a sua cultura, os seus valores, as suas crenças, o seu querer. Este modelo contempla imenso as rotinas que respeitam os cuidados físicos, valoriza-se muito a competência para a execução de tarefas mais ou menos sofisticadas, em prejuízo muitas vezes da relação interpessoal e de ajuda personalizada.

Quando se pergunta ao doente/utente o que o marcou mais no internamento hospitalar, quantas vezes ele refere: “foram muito simpáticos,” “aliviaram-me o sofrimento,” “pouco atenciosos...”; raramente se reporta às diferentes técnicas que lhe foram executadas. Isto pode levar-nos a pensar que o modelo biomédico se preocupa

com a execução atempada das tarefas “visíveis”, mas que não se observam ou contemplam os aspectos relacionados com a relação interpessoal, que a nosso ver têm muita importância no cuidar em enfermagem.

Enquanto a cura for o objectivo do trabalho dos enfermeiros, a cronicidade e a morte serão consideradas como insucesso e fonte de insatisfação; assim, a relação com este tipo de doentes não será motivante. Daí que importe valorizar na prática dos enfermeiros “a relação de ajuda”, pois a eficiência não se pode avaliar apenas pelo que é visível.

Nos primeiros currículos dos cursos de enfermagem era bem visível este modelo, pois predominavam os conteúdos relacionados com a anátomo-fisiologia, farmacologia, patologia, química, microbiologia e outras ciências afins. No nosso país os conteúdos específicos sobre os aspectos psicológicos, antropológicos e sociais foram incluídos lentamente nos conteúdos administrados de forma informal. Só em 1976 se introduziram as disciplinas de psicologia e sociologia. Actualmente, os Planos de Estudo do curso de bacharelato em enfermagem incluem conteúdos das áreas de antropologia, psicologia, sociologia, pedagogia e ciências médicas. Apesar de se alargar o campo da enfermagem às ciências humanas, a Pessoa ainda é assistida muitas vezes em função da sua doença.

A aproximação do corpo de conhecimentos ao paradigma psico-social surge como estratégia face ao poder médico, através da valorização de competências de ordem psico-relacionais consideradas pelos médicos como conhecimentos periféricos.<sup>3</sup>

O hospital como organização é composto por um conjunto de elementos em interacção e aí o processo de tratamento é dominado por ensinamentos: “... na doença é o aspecto mortífero que chama a nossa atenção e é isso que procuramos combater e eliminar. Devemos tentar descobrir o seu significado evolutivo, dado que proporciona informações sobre a pessoa, permite compreender como os momentos de crise contêm possibilidades de mudança e abrir caminho à construção de saberes que tenham em conta

---

<sup>3</sup> Graça Carapinheiro (1993). A autora fala-nos da hierarquização dos saberes na instituição de saúde, que consubstancia as diferentes estratégias profissionais “...de poder dos médicos, de autonomia face ao não poder, dos enfermeiros, ...hierarquizam-se os saberes desde o saber central dos médicos ao saber periférico dos enfermeiros e ao saber profano dos doentes”, p. 280.

a experiência vivida pelos doentes ... é a medicina da Pessoa, por oposição à medicina dos órgãos...” (Honoré, 1984, p. 100-101). Estes conceitos têm sido várias vezes abordados pelo professor Nuno Grande, em conferências, mostrando vantagens numa medicina menos tradicionalista, e mais virada para a Pessoa, numa perspectiva ecológica. Hoje, as competências de enfermagem mobilizam-se no sentido de compensar as limitações da doença, compreendendo o que diz respeito à vida humana, procurando meios adaptativos para o conseguir.

A tendência para ultrapassar o modelo médico de orientação humanista pressupõe um domínio de conhecimentos da enfermagem numa perspectiva holística que se constrói através do caminho da interioridade da pessoa humana, e não se procura nas ciências médicas, no curar, uma busca de identidade profissional.

A aproximação à perspectiva antropológica dos cuidados de enfermagem requer uma abordagem global da Pessoa com os seus valores, as suas crenças, os seus hábitos de vida, os seus costumes, e o impacto que a doença teve nas suas actividades de vida. Estes conceitos são perconizados por Nancy Roper e outros.

Jean Simeão (1993), refere que a enfermagem tem-se deixado influenciar muito pelas metodologias das ciências biológicas, com exigência de objectividade, reducionismo, quantificação e verificação, quando a razão de ser da enfermagem é promover a vida, e o bem-estar das pessoas. Hoje, a preocupação dos enfermeiros é fazer das ciências da enfermagem o fulcro da sua formação, com o domínio específico de conhecimento. Embora no nosso país não se conheça um currículo baseado num modelo de enfermagem ou no conceito de “cuidar,” é esta cada vez mais a preocupação das pessoas responsáveis pelos Planos de Estudo, quer do bacharelato, quer dos cursos de estudos superiores especializados.

#### 4.2.2 - A importância da prática na construção de saberes

Como referimos ao longo da história da enfermagem, o seu corpo de conhecimentos vem de outras ciências e de saberes próprios desenvolvidos na prática, na investigação e na reflexão do quotidiano.

A nosso ver a prática da enfermagem envolve uma descoberta permanente: descobrir o sentido do que se viu, ouviu e observou à luz de um quadro cognitivo e simbólico, já interiorizado; esta forma de utilizar e mobilizar a informação, de forma reflexiva, é uma forma de conhecimento. A prática da enfermagem e o recurso a este tipo de saberes permitem uma reconstrução permanente deste corpo de conhecimentos, e a sua introdução na prática dos cuidados. É através da relação entre os conhecimentos, as relações de poder e a definição de cuidados que se constroem os modelos de profissionalidade no campo da enfermagem.

A prática pode surgir como fonte de saberes, na medida em que é um campo de interações, de conflitos, de jogos de poder, juízos de valor, pois permite a reorganização de contextos com uma determinada história, simbolismos, tradições e actores; logo a noção de prática pressupõe a experiência. Na prática e com a prática ultrapassam-se os saberes adquiridos, criando novos saberes, novas capacidades, novas competências...; o desenvolvimento destas capacidades decorre da aprendizagem pela experiência, do questionar contínuo das experiências vivenciadas; o que contraria a normatividade importada pelos modelos tayloristas de organização do trabalho.

Considerando competências os conjuntos de conhecimentos, de capacidades de acção, e de comportamentos estruturados em função de uma finalidade e de um determinado tipo de situações; podemos aceitar que a experiência prática pode constituir uma enorme fonte de saber. (Guy Le Boterf, 1995). Se considerarmos o modelo de competência profissional a partir de três dimensões - o saber, o saber-fazer e o saber-ser - podemos pressupor uma concepção diferente da tradicional pela qualificação, (o que não quer dizer que possa reduzir-se o conceito de competência a um conceito de qualificação).

A partir de um levantamento de trabalhos publicados sobre esta problemática constata-se que as novas competências profissionais são referidas por diversos autores, de formas diferentes, consoante o tipo de abordagem e os contextos onde se desenvolvem. No entanto têm um denominador comum: trata-se de um conjunto de competências não especificamente técnicas, mas do foro pessoal e relacional dos indivíduos.

As competências em enfermagem baseiam-se na compreensão de tudo o que é indispensável para manter e estimular a vida humana.

As reflexões que temos vindo a fazer ao longo deste estudo têm sido no sentido de considerar as práticas dos enfermeiros um processo de aprendizagem, através da mobilização de saberes necessários ao pensar, agir, transformar... Este tipo de pensamento leva-nos a desenvolver competências a nível intelectual e relacional. A noção de competência vai condicionar o desenvolvimento da formação, e os modelos de formação determinam a definição de competências. Optamos por falar num modelo dinâmico de competências em virtude de se adequar à concepção de saber em enfermagem. Assim considera-se competência “um processo, um saber agir” (Guy Le Boterf, 1995, p. 43). Nesta perspectiva dinâmica a competência supõe um conjunto de saberes: o saber, o saber-fazer e o saber-ser. Logo as práticas da enfermagem estão em relação directa com a situação a transformar.

#### 4.3 - MODELOS DE ENFERMAGEM NA PRÁTICA DOS CUIDADOS

Hoje verifica-se que há uma grande variedade de modelos teóricos conceptuais e filosóficos sobre a enfermagem, que os diferentes autores têm agrupado segundo o paradigma e as orientações que os influenciaram, nas diferentes épocas.

Independentemente dos modelos de referência, existe uma diferença sobre os conceitos de base no domínio da enfermagem; considera-se um conjunto de elementos comuns aos diversos modelos: utente, transição, interacção, processo de enfermagem, meio, assistência e saúde.

*Utente:* o utente é o conceito mais importante da enfermagem, ele é o beneficiário dos cuidados de enfermagem.

Assim como o psicólogo e o sociólogo têm concepções do homem diferentes, também a enfermagem vê no utente alguém cujas actividades de vida estão ou podem vir

a estar comprometidas, e que representa perante o meio uma realidade multidimensional, de acordo com a filosofia subjacente (Meleis, 1991). Podemos conceber o utente como um ser humano, com necessidades humanas básicas, em interacção constante com o meio, que pode entrar em desequilíbrio com o meio envolvente (Meleis, 1991). Este desequilíbrio pode levar a uma limitação das actividades de vida, com diminuição da capacidade de se auto-cuidar.

*Transição:* a transição é um processo que acompanha o indivíduo em todo o ciclo vital. Pode acompanhar-se de mudança de um estado de saúde para outro; todas as fases de desenvolvimento podem levar a desequilíbrios, no entanto se considerarmos no ciclo vital as fases mais vulneráveis (a adolescência, o casamento, o divórcio, a saída dos filhos, a morte,...) as mudanças são mais significativas a nível psicológico e social, e por isso fontes de potenciais desequilíbrios e problemas de saúde. Para compreender este estado de mudança, e a forma como o indivíduo a vive, é indispensável uma actuação de enfermagem de forma individualizada, uma vez que os acontecimentos da vida são únicos e irrepetíveis.

*Interacção:* a interacção exige intuição e subjectividade nos cuidados de enfermagem (Meleis, 1991). A interacção é o processo através do qual o enfermeiro se apercebe das necessidades afectadas; é um processo que o enfermeiro utiliza sempre que presta cuidados ao utente, família e comunidade ( Orlando King), independentemente da metodologia utilizada.

A enfermagem é um processo que engloba a acção, a interacção e a transacção. Os conceitos universais ligam-se através do processo de interacção; as relações interpessoais ocorrem segundo as percepções do indivíduo, e estas influenciam a vida e a saúde (King, 1971).

*Processo de enfermagem:* o processo de enfermagem é um dos conceitos centrais no domínio de conhecimentos da enfermagem. De um modo geral o processo de enfermagem destina-se a recolher informação e o conhecimento do utente, de forma lógica, científica e humana para planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem. Para Watson (1979, em Meleis (1991), o processo de enfermagem surge como um processo de pesquisa científica com o objectivo de resolver problemas da pessoa.



O conceito de processo de enfermagem não pode ser um conceito reducionista com aplicabilidade aos modelos de enfermagem; deve servir como uma referência na interpretação e construção de um sistema de reflexão sobre o quotidiano. Não faz sentido aplicar um modelo de enfermagem com determinados pressupostos filosóficos, pois as realidades das instituições e as referências sociais, culturais e antropológicas são diferentes.

A assistência em enfermagem requer uma descoberta contínua, de modo a utilizar a informação de forma reflexiva. Por isso o processo de enfermagem ajuda a dinamizar os conhecimentos e as capacidades inerentes à prática da enfermagem; independentemente das concepções de processo de enfermagem, há um conjunto de etapas importantes na sua concretização: colheita de dados, planeamento, implementação e avaliação utilizadas de forma recursiva e com a mesma lógica do método praxeológico de Nadeau (1989, p. 102).

*Meio:* a contemplação do meio na enfermagem já vem de Florence Nightingale, ao considerar que a doença podia ser o resultado do meio, e que exigia uma acção sobre ele. O homem vive em interacção permanente com o meio, e tem capacidade de agir sobre ele; as acções de enfermagem contemplam sempre os aspectos pessoais, ambientais, culturais, antropológicos..., logo o papel do enfermeiro baseia-se na relação de ajuda ao indivíduo, de modo a favorecer esta relação de influência do meio sobre o indivíduo e do indivíduo sobre o meio.

*Assistência em enfermagem:* a intervenção do enfermeiro consiste em desenvolver competências cognitivas, motoras, afectivas e relacionais, de forma a ajudar o indivíduo, a família e sociedade a realizar actividades preventivas, de conforto, de pesquisa, de recuperação e aceitação da dependência, contribuindo para uma qualidade de vida.

*Saúde:* o conceito de saúde tem uma subjectividade enorme, pois depende de múltiplos factores e concepções. É uma questão cultural; é a congruência entre “o eu percebido e o eu experienciado” (Watson em Meleis, 1991).

O conceito clássico da Organização Mundial de Saúde, em que a saúde é o completo bem - estar físico, psicológico e social, e não apenas ausência de doença, está inadaptado, porque perspectiva o homem numa dimensão estática e não dinâmica. A

maioria dos modelos conceptuais que analisámos definem a saúde como um conceito de interacção dinâmica do homem com o meio envolvente. Para Parse (1990a) a saúde é um envolvimento pessoal do ser humano em interacção constante com o ambiente, depende da significação que o homem dá às situações; desta forma a saúde pode ser considerada um processo social e culturalmente determinado. Todas as pessoas têm alguma ideia do que é “estar com saúde”, mas não há nenhuma definição universal, pois a saúde ou o bem-estar difere de grupo para grupo e de sociedade para sociedade.

No decorrer desta reflexão verificamos que não podemos entender a enfermagem através da sua visibilidade social, mas tentar compreender as suas práticas construindo uma nova identidade dos cuidados de enfermagem.

Independentemente dos modelos utilizados, o que torna a enfermagem uma profissão autónoma é a interpretação das suas acções na prática. Assim como os cientistas constroem teorias, os enfermeiros observam comportamentos dos utentes, impõem estrutura nas suas observações, através da conceptualização e categorização formulam e testam teorias implícitas acerca da saúde e doença, da natureza dos doentes, e usam hipóteses concebidas a partir destas teorias pessoais para chegar à observação e à acção (Chris, R. Kasch, 1986, in. Nursing Research, vol. 35, n.º 4, p. 228).

#### 4.3.1 - Teorias e modelos

Muitos têm sido os modelos, as teorias, no entanto os elementos fulcrais à assistência em enfermagem são comuns aos diversos modelos. O recurso a uma metodologia de trabalho permite uma construção e reflexão de conhecimentos no quotidiano dos enfermeiros.

Fawcett (1984) encontrou em muitos escritos de enfermeiros teóricos os conceitos de: *cuidado, pessoa, ambiente e saúde*, que serviram de base ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem; permitem conceber o serviço específico da enfermagem e o domínio da sua responsabilidade (Fawcett, 1989). Uma concepção é explícita quando o teórico formula os enunciados para cada um dos elementos: os postulados, os valores de base da disciplina, a finalidade e a delimitação do

serviço da enfermagem, o papel do profissional, a forma de ver o beneficiário do serviço, a fonte de dificuldade do beneficiário, a orientação das intervenções de enfermagem e as consequências a atender (Adam, 1981).

Logo todas as concepções não são modelos conceptuais, pois cada enfermeiro tem uma concepção mais ou menos explícita do serviço que presta; a necessidade de os enfermeiros clarificarem a sua especificidade tem motivado muitos teóricos, sobretudo americanos, a elaborarem modelos conceptuais para a profissão. Estes modelos servem de guia para a prática, para a formação, a pesquisa e a gestão de cuidados de enfermagem; oferecem uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver conhecimentos que servem a sua prática.

O paradigma da integração conduziu a uma orientação sobre a pessoa e o paradigma da transformação conduziu a uma abertura sobre o mundo. Estes paradigmas influenciaram a elaboração de modelos conceptuais em enfermagem. Por exemplo, as teorias de desenvolvimento de Erik Erikson (1963), as teorias da motivação de Maslow (1954), e as teorias dos sistemas de Bertalanffy (1968), inspiraram os postulados de base dos modelos conceptuais elaborados nos anos cinquenta e sessenta.

Segundo Meleis (1991), estas concepções reflectem a realidade de um dos momentos do desenvolvimento da disciplina de enfermagem. A partir das suas bases filosóficas e científicas podem reagrupar-se as concepções da disciplina de enfermagem em seis escolas: a escola das necessidades, a da interacção, a dos efeitos desejados, a da promoção da saúde, a do ser humano unitário e a do "caring". Todas as escolas orientadas para a pessoa e as duas últimas são caracterizadas por uma abertura ao mundo.

Se a enfermagem se pratica desde sempre, o desenvolvimento de uma teoria de enfermagem surgiu especialmente nas últimas décadas, embora Florence Nightingale (1959/1969) já tenha expressado o seu conceito de enfermagem e feito a distinção entre os conhecimentos dirigidos aos médicos e aos enfermeiros, como já referimos.

Aceita-se que foi nos últimos quarenta anos que surgiram verdadeiramente esforços no sentido de desenvolver uma teoria de enfermagem, que até então se baseava

em regras, conhecimentos transmitidos por tradição e uma aprendizagem pelo bom senso e pelo endoutrinamento.

O interesse pelo desenvolvimento da teoria de enfermagem, segundo Choi (cit. em Marriner, 1989), aparece por um lado porque os líderes da enfermagem viram nas teorias uma forma de estabelecer a enfermagem como profissão, na medida em que permitiam definir um corpo de conhecimentos próprio da enfermagem; por outro lado porque os teóricos estavam motivados pelo valor intrínseco da teoria da enfermagem.

Assim, embora se aceite que Florence Nightingale desenvolveu uma filosofia para a enfermagem, foi com Hildegard Peplau<sup>4</sup> que começou verdadeiramente a teorização em enfermagem com o livro *Interpersonal Relations in Nursing* (1952), escrito especialmente para os enfermeiros que trabalhavam em psiquiatria, embora se tornasse útil aos enfermeiros de outras áreas. Este modelo é baseado essencialmente em conceitos psicológicos e centra-se na relação enfermeiro - doente; é representativo do grupo de modelos baseados nas relações interpessoais, onde se inclui Ida Orlando (1961) e outros.

Para Peplau a enfermagem é um processo interpessoal terapêutico e significativo que funciona em cooperação com outros processos humanos, a fim de restituir a saúde aos indivíduos e à sociedade.

Após uma década Virgínia Henderson (1966) definiu a enfermagem para o ICN<sup>5</sup> como "... assistir o indivíduo, doente ou não, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou recuperação (ou uma morte serena), que ele desempenharia se tivesse a força, a vontade e o conhecimento necessários. Fazer isto de determinada maneira que o ajude a ser independente o mais rapidamente possível" (1966).

V. Henderson (1966), no seu livro *Nature of Nursing*, identifica as catorze necessidades básicas da pessoa, que servirão de base aos cuidados de enfermagem.

Os modelos conceptuais da escola das necessidades tentaram responder à questão: "Que fazem os enfermeiros?" (Meleis, 1991). Segundo eles o cuidado é centrado na

<sup>4</sup> PEPLAU, H. recebeu o título de Bachelord of Arts em psicologia interpessoal pelo Bennington. College de Vermont em 1943, de Mestre em Enfermagem psiquiátrica pelo Teachers College de Columbia, New York em 1947, e o doutoramento em Educação (Desenvolvimento Curricular), pela universidade de Columbia em 1953.

<sup>5</sup> International Council of Nursing (Conselho Internacional de Enfermeiros)

independência da pessoa e na satisfação das suas necessidades fundamentais (Henderson, 1966); ou sobre a sua capacidade de exercer auto- cuidados (Orem, 1966). O enfermeiro apenas substitui a pessoa, que por uns tempos não pode desempenhar ela mesma certas actividades ligadas à saúde e ajuda a pessoa a recuperar o mais cedo possível a sua independência na satisfação das necessidades. A teoria de V. Henderson é ainda hoje uma referência importante para a conceptualização da enfermagem como arte para além de uma ciência.

Entre nós têm sido divulgados muitos modelos sobretudo na formação académica; a carreira de enfermagem também se refere às funções exercidas com base num modelo teórico adoptado pela instituição. No entanto verifica-se que nem todas as instituições utilizam uma metodologia científica na prática da enfermagem. Cada instituição poderá optar por um modelo que mais se adapte à população e que se identifique mais com os valores e crenças que orientam o exercício da profissão.

A escola da interacção apareceu nos finais dos anos cinquenta e início dos anos sessenta. Os enfermeiros teóricos desta escola são inspirados pelas teorias da interacção, da fenomenologia e do existencialismo. Tentam responder à questão: “Como é que os enfermeiros fazem o que fazem?” (Meleis, 1991). O seu interesse recai sobre o processo de interacção entre o enfermeiro e a pessoa.

Os teóricos sublinham que o enfermeiro deve ter conhecimentos sistemáticos, a fim de avaliar as necessidades de ajuda da pessoa, de fazer um diagnóstico de enfermagem e de planear uma intervenção. Neste sentido a doença é considerada uma experiência humana.

Estes teóricos reintroduziram a intuição e a subjectividade no cuidado de enfermagem (Meleis, 1991). Os autores que mais se identificam com esta escola são H. Peplau, Ida Orlando, Joyce Travelber e outros.

A escola dos efeitos desejados, segundo Meleis (1991) veio responder à questão: “Porque fazem os enfermeiros o que fazem?” Sem ignorar “o quê” e “o como,” estes teóricos tentam conceptualizar os resultados ou os efeitos desejados dos cuidados de enfermagem. Consideram que a finalidade dos cuidados de enfermagem consiste em restabelecer um equilíbrio, uma estabilidade, uma homeostasia; Os autores desta escola

inspiraram-se nas teorias da adaptação e do desenvolvimento, bem como na teoria geral dos sistemas. Os que marcam esta escola são, Johnson Dorothy, Calista Roy, Lydia Hall e Betty Neuman.

A escola da promoção da saúde responde de novo à questão: “Que fazem os enfermeiros?” Está centrada sobre “o quê” dos cuidados de enfermagem, que é a promoção de comportamentos de saúde. Esta escola tenta responder também à questão: “A quem se dirigem os cuidados de enfermagem?”

Mayra Allen, teórica canadiana, elaborou um modelo para a disciplina de enfermagem, orientado para a promoção da saúde da família; o seu modelo é conhecido por modelo de “McGill”. A filosofia dos cuidados de saúde primários e a teoria de aprendizagem social de Bandura (1972) são as fontes explícitas e implícitas na base desta concepção.

As teorias da escola do ser humano unitário tentam responder à questão: “A quem se dirigem os cuidados de enfermagem?” Já em 1970, Martha Rogers apresentava uma concepção de enfermagem que se demarcava das outras. Rogers propunha aos enfermeiros uma visão da pessoa e dos cuidados de enfermagem segundo teorias filosóficas da época e da teoria geral dos sistemas de Bertalanffy (1968). Outros teóricos apoiaram esta escola e acrescentaram fontes do existencialismo e da fenomenologia. É o caso de Margaret Newman e de Rosemarie Rizzo Parse (1986).

Newman (1986) propõe um conceito de saúde: “a saúde é a realização contínua de si como ser humano unitário, e a doença está integrada na saúde”.

Rogers (1970) considera que a pessoa “é um ser unitário, é um sistema aberto em que a soma das partes não é igual ao todo, é um campo de energia que não cessa de mudar.” A autora fala da pessoa como um campo irreduzível de energia que se caracteriza por diferentes padrões. Nesta teoria está visível o aspecto antropológico e cultural da pessoa, o que leva a uma dinâmica do quotidiano diferente da que se praticava. Rogers (1970) descreve o ambiente como um sistema aberto e em mudança contínua. Segundo ela a pessoa e o ambiente estão em interacção constante e mudança simultânea. Quando se refere ao conceito de saúde diz que ele varia segundo as pessoas e as culturas; aqui

também faz referência ao bem-estar, à auto-realização e à realização do potencial das pessoas, através de uma participação consciente na mudança.

“A saúde transcende a dimensão corporal e reúne o ser humano por inteiro” (Barret, 1990). Parse, (1981) inspirada pela concepção de Martha Rogers, apresenta uma teoria “homem-vida-saúde” (man-living-health), a que chamou de teoria do “ser-em-devir” (human becoming), no início dos anos noventa (1992a). A autora propõe uma concepção baseada sobre os postulados e princípios que advêm do pensamento fenomenológico existencial. Os trabalhos de Sartre e Merleau-Ponty influenciaram Parse na concepção do ser humano.

Para Parse, o ser humano envolve-se com o mundo numa relação dialética que permite dar significado às experiências que compõem o processo de devir; participa na criação de diferentes visões do mundo e dos outros seres humanos com quem coexiste (1981). Segundo Parse (1990a) a ciência da enfermagem é uma ciência humana; todos os cuidados de enfermagem estão centrados no ser humano como unidade viva, com participação qualitativa nas experiências de saúde. Os fins da prática da enfermagem, segundo este modelo, são favorecer a qualidade de vida tal como ela é entendida e percebida pela pessoa e pela família, de modo a preservar a sua dignidade (Parse, 1987; 1989, em Meleis, 1991).

Nesta perspectiva, o enfermeiro observa os ritmos da pessoa e ajuda-a a considerar as possibilidades que ainda tem; a pessoa é livre de escolher uma significação para cada situação. O indivíduo é responsabilizado na escolha de valores que modelam as suas atitudes e os seus comportamentos. Segundo a autora, a saúde é um processo de devir, reflecte as prioridades de valores; a saúde exprime uma forma pessoal de viver as experiências; não há um nível óptimo de saúde, nem saúde quantificável ou qualificável. Mas trata-se de um processo em movimento que incarna as diferentes formas de ser do indivíduo. Fazendo a inter-relação entre o ser humano, o ambiente e a significação que o ser humano dá às situações, a saúde é um envolvimento pessoal do ser humano em interacção constante e simultâneo com o ambiente (Parse, 1992b).

Com a escola do ser humano unitário, a prática da enfermagem não tem mais uma abordagem tradicional de resolução de problemas, mas orienta-se para um processo de

devir para o enfermeiro e a pessoa. Esta nova abordagem representa uma mudança importante nos valores e nas crenças da enfermagem. (Mitchel, 1990).

A escola do caring aparece com Leininger (1981), que apresenta este conceito como essência da disciplina de enfermagem. Watson (1985) propôs aos enfermeiros que criassem um ideal de caring, que fosse humanista e científico. Benner e Wrubel (1989) sugeriram uma prática de enfermagem baseada sobre o primado do caring, impondo-lhe uma abordagem da promoção, prevenção e restabelecimento da saúde. Segundo estes autores (1989) o caring é formado pelo conjunto de acções que permitem ao enfermeiro, por exemplo, descobrir de forma subtil os sinais de melhoramento ou de deterioração na pessoa. Caring significa também facilitar e apoiar em respeito pelos valores, modo de vida e cultura das pessoas (Leininger, 1988a; 1988b; Watson, 1988). Os teóricos da escola do caring crêem que os enfermeiros podem melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas, se elas se abrirem a dimensões tais como a espiritualidade (Watson, 1985, 1988), e a cultura (Leininger, 1988b), integrando conhecimentos ligados a estas dimensões.

Esta escola tem como conceitos centrais o caring e a cultura, e situa-se no paradigma da transformação; tenta responder de modo diferente à questão: “Como fazem os enfermeiros o que fazem?”. A fim de ilustrar esta escola vamos descrever alguns aspectos da teoria de Jean Watson (a teoria do cuidado), e da teoria de Madeleine Leininger da diversidade e universalidade do cuidado cultura.

O cuidar em enfermagem destina-se a ajudar a pessoa a atingir o mais alto nível de harmonia entre alma, corpo e espírito. A pessoa é um “ser-no-mundo” que percebe, que vive as experiências e que está em continuidade no tempo e no espaço. (Watson, 1988). A saúde nesta perspectiva é a percepção de ser um com o que se é; é a unidade e a harmonia do corpo, da alma e do espírito; está associada ao nível de coerência entre o si percebido e o si vivido (Watson, 1988).

O cuidado transcultural de Madeleine Leininger (1988) em Meleis, (1991) inspirou-se em conhecimentos de antropologia e ciências de enfermagem. Esta autora apresentou o conceito de “cuidado” como sendo essencial à concepção da disciplina de enfermagem. Diversas pesquisas levaram-na a compreender o cuidado como acções de assistência, de suporte e de facilitação junto da pessoa que tem necessidades de recuperar



a saúde ou melhorar as suas condições de vida. A autora reconhece vários factores influentes nos modos de cuidar, na saúde e no bem-estar.

O cuidado de enfermagem baseia-se numa ciência e numa arte humanista e aprendida; favorece o crescimento e a sobrevivência (Leininger, 1988). Nesta perspectiva os cuidados de enfermagem compreendem comportamentos, funções e processos de cuidados personalizados, dirigidos à promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Os cuidados de enfermagem são baseados sobre os conhecimentos transculturais saídos da estrutura social, da visão do mundo, dos valores, da língua e dos contextos ambientais de diversos grupos culturais.

Cuidar é o “modo humano de ser” Simone S. (1984). Constitui um dos actos mais antigos da humanidade; já Collière dizia que “desde que existe vida existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer”(1989).

Leininger acredita que a enfermagem é essencialmente um fenómeno transcultural, em que o utente/enfermeiro têm orientações culturais. Segundo a autora a enfermagem é “a integração do conceito cultura em todos os aspectos da enfermagem na prestação de cuidados de saúde”(De Santis, L. 1994). A enfermagem nesta perspectiva passa por compreender os valores dos outros, na medida em que se trata de um modelo de negociação enfermeiro/utente, com uma implicação simultânea; envolve a existência de diferentes contextos culturais. Assim a cultura não será algo que está associado a determinados grupos, mas uma componente que faz parte da vida humana, e por isso inerente à essência do cuidar em enfermagem.

Assim Leininger (1988b) em Meleis (1991) formulou três princípios dos cuidados de enfermagem, que visam a coerência cultural:

1) princípio da conservação ou manutenção de cuidados culturais, isto é, de actividades de assistência e de facilitação baseadas na cultura da pessoa, que mantém o seu estilo de vida e a sua saúde;

2) princípio da adaptação ou negociação de cuidados culturais, isto é, de actividades de assistência e de facilitação adaptadas, negociadas ou ajustadas à saúde e ao estilo de vida da pessoa;

3) princípio da remodelação ou da reestruturação de cuidados culturais, que visam ajudar a pessoa a mudar os seus hábitos de vida, de modo que novos hábitos sejam significativos para ela;

Se os enfermeiros planearem e proporcionarem assim cuidados de enfermagem, respeitam as diferenças do mesmo modo que as semelhanças culturais. Segundo esta concepção a pessoa não pode ser dissociada da sua “bagagem cultural”. Neste contexto a saúde refere-se às crenças, aos valores, às formas de agir; a saúde está imbricada na estrutura social e por isso varia de uma cultura para outra (Leininger, 1988b). Do mesmo modo, o ambiente diz respeito a todos os aspectos contextuais, onde a pessoa se encontra. Todas as influências estruturais e ambientais dão uma significação às experiências de vida da pessoa; é por isso que o comportamento só tem significado quando inserido num ambiente.

Acreditamos que a integração da cultura no quotidiano dos cuidados em enfermagem permite uma atitude interactiva com a diversidade cultural, levando a uma qualidade de cuidados e não só a uma aceitação compreensiva da mesma diversidade cultural.

Após esta panorâmica de diversas teorias e modelos de enfermagem, construídos a partir de perspectivas filosóficas e epistemológicas diferentes, os elementos que constituem a base da assistência em enfermagem são relativamente comuns aos diversos modelos.

#### 4.3.2 - O modelo de vida

Um dos modelos que têm sido utilizados por muitas instituições actualmente tem sido o modelo de vida, preconizado por Nancy Roper (1980). Ao longo dos tempos tem-se dado ênfase ora a um ora a outro, mas nos anos noventa tem sido mais divulgado o modelo da vida, que está ligado aos estilos de vida e às actividades de vida Nancy Roper, (1987). Sem esquecer que o utente tem o direito de fazer escolhas.

A teoria da Nancy Roper baseia-se nas actividades de vida e permite desenvolver competências, formular objectivos válidos para o doente e para o enfermeiro. Procura

atingir o máximo de autonomia, prestando assistência de enfermagem com base no diagnóstico, através das actividades de vida do utente. Este modelo surgiu dos resultados de um projecto de investigação de alunos de enfermagem em 1976. Foi largamente utilizado no Reino Unido sobretudo nos currículos escolares dos estudantes. Muitos enfermeiros consideram o modelo como uma variante do modelo de V. Henderson, mundialmente aceite em 1966. No modelo das actividades de vida estão incluídos quase todos os elementos discutidos noutros modelos como: o holismo, a implicação do utente na saúde, a autonomia e a individualidade.

O modelo de N. Roper centra-se no utente como sendo um indivíduo com vontade de viver toda a sua vida transitando da dependência para a independência, de acordo com a idade, as circunstâncias e o ambiente. Subjacente a este modelo estão: a progressão ao longo da vida, o contínuum de dependência/independência e as actividades de vida.

Através de um diagnóstico do grau de dependência a enfermagem actua de forma individualizada, planeando, executando e avaliando os cuidados de enfermagem. O modelo de vida de N. Roper é constituído por cinco elementos:

*Ciclo vital, actividades de vida, contínuum dependência/independência, factores que influenciam as actividades de vida, e assistência individualizada.*

*Ciclo vital:* o ciclo vital, no modelo de vida, é um referencial na assistência de enfermagem. Significa que o enfermeiro se ocupa de pessoas de todas as idades; estende-se desde o nascimento até à morte. As especificidades de cada fase ajudam, por um lado, a entender que a assistência em enfermagem tem de ser individualizada, e por outro, a aceitar a importância de um modelo baseado nas actividades de vida.

*Actividades de vida:* As actividades de vida identificadas neste modelo são doze. A enfermagem neste contexto ajuda o indivíduo a realizar as actividades de vida preventivas, de conforto, de pesquisa, conducentes à aceitação da dependência essencial, à recuperação da vida e saúde; tudo isto numa escala de vida e num contínuum de

dependência/independência. Em cada actividade de vida a enfermagem identifica os problemas potenciais ou reais, inerentes a cada indivíduo.

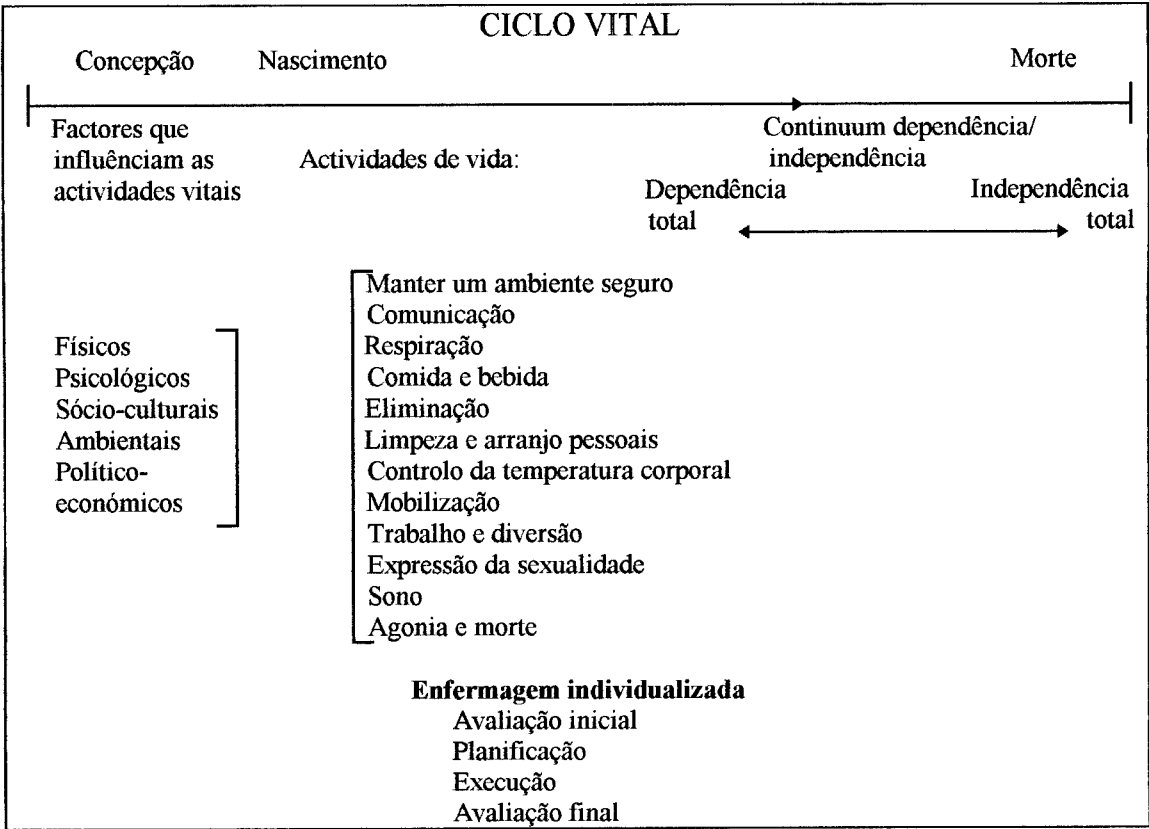
*Contínuum dependência/independência:* o modelo reconhece que cada indivíduo se situa num determinado ponto no contínuum dependência/independência, para cada uma das actividades de vida. Este estado de dependência/independência está relacionado com a fase do ciclo vital e também com os padrões culturais e a interpretação dada ao grau de dependência das actividades.

*Factores que influenciam as actividades de vida:* os factores que influenciam as actividades de vida vão desde os inerentes ao próprio indivíduo até aos ambientais, sócio-culturais e político-económicos. O equilíbrio destes factores depende da relação que o indivíduo estabelece com o meio.

*Assistência individualizada:* a individualidade como componente deste modelo depende de todos os outros, e é influenciada pela fase do ciclo vital. O modelo de vida defende uma assistência individualizada com quatro etapas: avaliação inicial, planificação, execução e avaliação final, negociadas entre utente/enfermeiro.

Com o diagrama do modelo de vida pretendemos fazer uma análise do modelo em conjunto, sem grande descrição.

Diagrama: análise do modelo de vida



Adaptado - Nancy Roper et al (1980)

Com este diagrama pretendemos dar a conhecer o modelo de vida na sua globalidade, sem contudo o explorar em profundidade, mas referenciar a assistência em enfermagem baseado no diagnóstico das actividades de vida do utente.

Ao analisarmos a figura, constatamos que a essência deste modelo está no envolvimento de todos os indivíduos em actividades que lhes permitam desenvolver e viver. O objectivo principal do plano de cuidados (instrumento utilizado para cada utente, na planificação, execução e avaliação de cuidados) neste caso, é que o utente

atinja os objectivos capazes de o levar à aceitação da dependência essencial, à recuperação e a uma vida saudável.

A enfermagem, como profissão, não passa apenas pela criação de novos modelos conceptuais, mas da necessidade de otimizar todos os profissionais da área da saúde, de forma a contribuirem em conjunto, para os projectos globais, através da complementaridade com outros profissionais e criando uma dinâmica interdisciplinar. Pensamos que os modelos em enfermagem possam ser úteis se constituírem em si um dos processos no percurso investigativo da enfermagem no campo de trabalho. Se não, correm o risco de se tornarem reprodutores e em nada contribuirem para a inovação e compreensão das actividades em enfermagem.

*2.ª Parte*  
**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DAS PRÁTICAS DOS  
ENFERMEIROS**

## 5 - DISPOSITIVO METODOLÓGICO

Este trabalho de investigação, conduzido no âmbito do mestrado em Ciências da Educação - área de Formação e Desenvolvimento para a Saúde - tem como objectivo principal estudar as Representações Sociais dos Enfermeiros, através das práticas do quotidiano.

O crescimento e a visibilidade social do enfermeiro conseguem-se através do desenvolvimento de processos investigativos dirigidos à prática profissional, à construção das identidades profissionais e à definição das profissionalidades. Estas e outras questões são interrogações que se fazem à medida que se reflecte nas práticas do quotidiano.

A abordagem que pretendemos fazer visa compreender as representações sociais dos enfermeiros, identificando as identidades profissionais em jogo, a forma como os actores percebem as práticas e desenvolvem as suas competências no quotidiano, assim como as relações de poder intervenientes na sua autonomia profissional.

O método de investigação privilegiado foi a aplicação de um questionário a enfermeiros de três unidades hospitalares, sendo um hospital central de uma grande cidade, outro central de uma cidade do interior, e um outro regional.

Perante a natureza do objecto de estudo tornou-se necessário optar por uma metodologia que, sendo viável, evidenciasse claramente como os enfermeiros se vêem e que representações têm das suas práticas.

### 5.1 - PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

O pensamento representacional é um pensamento social que constitui o antes e o depois, o novo e o velho. Moscovici fala-nos da necessidade de estudar as representações sociais nas sociedades actuais, para transformar e criar informação nova. O campo das representações sociais é variável de grupo para grupo e dentro do próprio grupo, segundo critérios específicos. Os actores têm um papel activo na mudança das representações ao longo do tempo.

O objecto de estudo aconselha métodos qualitativos, mas no caso presente, como se verá torna-se necessário recorrer também a métodos quantitativos. Partimos do princípio de que o qualitativo e o quantitativo não são antagónicos, nem opostos Boudon (1984), são metodologias que se completam e articulam entre si.

Moscovici recomenda que as Representações Sociais sejam analisadas segundo algumas dimensões Herzlich (1972, p. 310-311):

- informação: a quantidade e qualidade da informação sobre um objecto social;
- campo de representação: a organização do conteúdo da representação da informação, onde os factores ideológicos são determinantes;
- atitude: exprime a orientação geral positiva ou negativa em relação ao objecto de representação; a atitude manifesta-se como mais primitiva que os outros dois componentes, até porque pode existir mesmo quando os outros são reduzidos. Moscovici diz mesmo que a atitude é geneticamente primeira; prepara para a representação social no plano cognitivo e valorativo.

Assim a investigação privilegiou o questionário, como instrumento de recolha de dados. Le Bouedec (1988) afirma que os métodos de recolha de dados mais usados na abordagem das representações são os questionários e as entrevistas semi-directivas, e para o tratamento aponta a análise de conteúdo. Segundo o mesmo autor a análise de



conteúdo permite dar uma orientação atitudinal, faz correr riscos, como o da subjectividade. Moscovici insiste no estudo das representações sociais no contexto em que ocorrem.

No entanto na actualidade a investigação continua a colocar-se em torno de duas tradições científicas: a tradição hermenêutica, em que a preocupação é a compreensão dos fenómenos em estudo; a tradição positivista que situa a explicação científica do estudo num contexto de causalidade.

Boaventura Sousa Santos (1987, p.23) considera sem sentido a distinção entre ciências naturais e ciências sociais, assim como a dicotomia entre “o orgânico e inorgânico, entre seres vivos e matéria inerte e mesmo entre o humano e o não humano.” Berger (1992, p.23), distingue as duas formas de pesquisa: por um lado um trabalho crítico, de contestação, de problematização das práticas sociais; por outro um trabalho que pretende enumerar verdades que se admite poderem constituir instrumentos de desenvolvimento e de progressão.

Na primeira parte deste trabalho tentámos construir um referencial teórico em torno de três eixos: As representações sociais, a problemática da identidade pessoal e profissional e uma reflexão sobre as práticas dos enfermeiros.

Tentámos desenvolver uma síntese desde o conceito de representação social, os processos de formação das representações sociais; as representações sociais no âmbito da educação, da enfermagem, da saúde e da doença.

Como a profissionalidade é a expressão da especificidade da actuação dos profissionais de enfermagem, optámos por desenvolver sucintamente algumas questões relacionadas com a identidade social, com vista a criar estratégias que levam à construção inovadora da identidade profissional dos enfermeiros.

Pareceu-nos ter alguma relevância o binómio visibilidade social dos enfermeiros e organizações de saúde. Terminámos com uma abordagem às ciências de enfermagem e aos seus paradigmas, de modo a construir um referencial analítico que nos permita levantar algumas questões nas práticas dos enfermeiros.

Nesta segunda parte do trabalho, dedicada ao estudo empírico, convém ainda explicitar as questões orientadoras da metodologia da pesquisa. Tivemos necessidade de

organizar um quadro teórico que operacionalizasse a construção de um modelo de análise coerente com os objectivos da pesquisa, desde a fase de concepção, à do projecto, definição da metodologia, construção de questionário, apuramento e interpretação dos resultados.

Assim desenvolvem-se alguns pressupostos teóricos que procuram dar consistência à pesquisa. Explicitaremos resumidamente alguns desses pressupostos:

- o que são afinal as representações sociais?
- do ponto de vista dos indivíduos e dos grupos como agem e interagem partilhando esquemas mentais, sociais, valores, tradições, mitos e práticas? Do ponto de vista do investigador os componentes representacionais traduzem em certo sentido a síntese de várias representações sobre um dado da realidade comum aos indivíduos que vivem num grupo social;
- como é que os enfermeiros sentem as suas práticas?

O estudo desenvolveu-se numa determinada sequência com carácter recursivo (Yin, 1989).

*Questões orientadoras:* ajudam ao sentido da pesquisa e são normalmente do tipo quem? o quê? onde? como? e porquê? As questões orientadoras podem evoluir ao longo do estudo, embora inicialmente possam ser definidos a par do desenvolvimento teórico.

As questões orientadoras podem surgir do quadro teórico, de entrevistas exploratórias, da experiência vivenciada pelo investigador, entrevistas informais e análise documental. No caso presente advêm da experiência vivenciada pelo investigador, de entrevistas exploratórias e do desenvolvimento do quadro teórico.

*Unidades de análise:* em princípio são determinadas a partir das questões orientadoras. Esta fase corresponde à necessidade de delimitar o estudo ao tempo limitado e à problemática. As unidades de análise ajudam a evidenciar o investigador dos dados a colher no terreno. Nesta investigação o factor tempo foi preponderante não só na metodologia, mas na limitação da problemática.

*Planeamento da colheita de informação:* o planeamento da colheita de informação é feito em função das condições exigidas quer pelo objecto de investigação, quer pelo investigador.

O investigador constrói as técnicas de colheita de dados mais adequadas e mais exequíveis: ao tipo de informação que pretende, às características dos actores e do contexto, aos recursos humanos, técnicos, de tempo e outros. Neste sentido, muitos dos autores que têm estudado esta problemática utilizaram e aconselham uma metodologia de ordem mais qualitativa, privilegiando os questionários e as entrevistas semi-estruturadas. Aqui não foi possível fazer algumas entrevistas estruturadas, por falta de tempo, mas este estudo apenas deu início a questões que a nosso ver merecem ser aprofundadas.

*Recolha de informação:* a forma como a informação é recolhida pode condicionar quer o investigador, quer os resultados para análise.

Neste estudo, depois de recolhidos e verificados os questionários, procedemos à construção de matrizes com o objectivo de facilitar a contagem de frequências, elaborar as representações gráficas e proceder ao tratamento estatístico descritivo.

*Análise e interpretação de dados:* os métodos de análise implicam a aplicação de alguns cálculos. A análise de conteúdo privilegiada nas ciências sociais não tem por objectivo compreender o funcionamento da linguagem como tal.

A análise de conteúdo pode ser utilizada para analisar sistemas de valores, representações, aspirações, assim entendemos um método adequado à nossa investigação, sobretudo na análise das questões abertas do questionário.

Na área das ciências humanas raramente se assume o carácter da generalização, uma vez que as unidades sociais são casos únicos, irrepetíveis. Logo o nosso objectivo será construir modelos interpretativos (Friedberg, 1993).

A análise envolve um conjunto de operações sobre os dados recolhidos tais como: organizá-los, operacionalizá-los, sintetizá-los, identificar os aspectos relevantes, quer pela presença, quer pela ausência (Bogdan e Biklen, 1994).

Tentámos apresentar em síntese a informação que nos pareceu mais relevante neste estudo. O tratamento de dados, assim como o processamento de texto, foram realizados no Windows.

Pretendemos com este estudo identificar as representações sociais das práticas dos enfermeiros, e por outro lado contribuir para o ressurgimento de novas representações deste grupo profissional.

Refletindo e investigando as práticas dos profissionais de enfermagem, é possível contribuir para a renovação das suas representações sociais e da sua identidade profissional.

Parece-nos relevante analisar estas práticas numa conjuntura organizacional/institucional, e de que modo cotribuem para a construção da visibilidade social do enfermeiro.

A conjuntura sócio/ económico/ política e cultural terá a ver com tudo isto? ou seja, a diferença de estatuto social e o seu “estigma” fazem com que se exerça tal poder numa organização institucional?

Poquê investigar as representações sociais dos enfermeiros?

As representações sociais dos enfermeiros, em si, não são consideradas uma problemática inovadora, no entanto esta problemática não tem sido muito estudada no nosso país. Além disso, com as transformações da sociedade, os grupos profissionais também mudaram e hoje as representações não serão as mesmas que há vinte anos atrás. Parece-nos interessante pesquisar as representações que os enfermeiros têm na actualidade, e como poderão construir uma nova visibilidade social.

Por outro lado parece-nos que esta problemática tem a ver com questões ligadas aos diferentes estatutos no campo da saúde, com a autonomia ou não autonomia do enfermeiro e com a sua identidade profissional.

Relativamente ao “estatuto” do enfermeiro, e tendo em conta as relações do poder numa organização funcionalista, é natural que o enfermeiro tenha um “estatuto” de acordo com “o corpo de saberes” que as outras classes lhe conferem.

A propósito, Graça Carapinheiro (1993) diz: “são as formas de funcionamento e de circulação do saber médico que constituem o saber dos profissionais de enfermagem

como um saber periférico e o saber do doente como um saber profano.” Isto significa que os enfermeiros não têm autonomia, sendo considerados um grupo profissional dependente do poder médico.

Por outro lado os técnicos de saúde não se podem esquecer que hoje “o utente” dos serviços de saúde está mais esclarecido e já se questiona, levando os técnicos a considerar e valorizar a opinião de um elemento que a nosso ver é o objecto principal da actuação dos profissionais da saúde e que pode pôr em causa “os saberes” considerados pela instituição. Até porque não há verdades absolutas e o ser humano tem uma individualidade única, irrepetível.

O desempenho profissional de uma equipe depende muito do “lugar” que cada elemento ocupa, da aceitação das diferenças, em vez de se procurarem as igualdades. Se o poder e o saber for compartilhado, o objecto de trabalho dos profissionais da saúde - o indivíduo, a família e a sociedade - poderá ser encarado com dignidade e empenhamento, levando a uma congruência de atitudes que só beneficiará o doente, os técnicos e a sociedade em geral.

## 5.2 - CONSTRUÇÃO DO DISPOSITIVO

Decorrente da construção do quadro teórico, foram surgindo algumas questões que serviram de referência a este estudo. Toda a pesquisa se desenvolveu em torno de duas questões: as representações que os enfermeiros têm das suas práticas do quotidiano/ e as lógicas subjacentes. Através da experiência e entrevistas exploratórias no desenrolar do quadro teórico encontramos algumas questões importantes para esta pesquisa:

- que representações têm os enfermeiros das suas práticas?
- como identificam as suas competências nas práticas?
- que imagem gostariam de ter os enfermeiros?
- como se articula a autonomia e a identidade dos enfermeiros com as situações de gestão nas instituições?

A partir destas questões orientadoras identificamos as unidades de análise provisórias do estudo. No decorrer do mesmo tivemos oportunidade de as operacionalizar.

A opção metodológica permitiu-nos organizar as informações de modo a facilitar o desenvolvimento do trabalho de investigação.

Optámos por elaborar um inquérito com um leque de perguntas, abertas e fechadas, bastante abrangente, de forma a que os enfermeiros pudessem mostrar as suas opiniões sobre a temática em causa, sem grandes condicionalismos.

Os questionários foram distribuídos a enfermeiros das unidades hospitalares já referidas em número de duzentos, dos quais obtivemos cento e oitenta.

Durante muitos anos prevaleceu nas ciências em geral, a tradição positivista, nomeadamente na saúde toda a investigação se baseava em métodos estatísticos predominantemente quantitativos.

Naturalmente que não podemos dizer que haverá boa e má metodologia, mas ambas são importantes para a pesquisa em ciências sociais; existem assim dispositivos metodológicos válidos para todas as ciências. No caso específico desta investigação a análise quantitativa ajudou a encontrar questões pertinentes de análise. Gostaríamos de ter desenvolvido um trabalho etnográfico, mas devido ao factor tempo era impossível fazê-lo, uma vez que exigia uma relação directa do investigador com o objecto de análise por um determinado tempo, incompatível com as condições académicas.

## 6 - ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

A análise da informação teve como objectivos revelar os dados recolhidos, e descobrir alguma análise implícita e explícita, através da análise do conteúdo, contemplando o discurso ao longo das respostas, mas essencialmente ao nível do implícito sugerido pelas correlações das respostas.

### 6.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES

A caracterização dos actores é um processo multidimensional e complexo; as estratégias visam o conjunto de condutas, acções e atitudes, orientadas não só pelos indivíduos, mas também pelas posições que ocupam os actores no interior de um sistema Friedberg (1993), daí o interesse do estudo no contexto onde o grupo de actores se insere.

O grupo, em estudo, é composto por cento e oitenta enfermeiros, distribuídos por três hospitais centrais, sendo um de uma grande cidade, outro de uma cidade mais interior e outro de uma localidade mais periférica.

Com o quadro número 3 pretendemos evidenciar as médias de idades da nossa amostra, na medida em que nos parece importante não só para caracterizar o grupo mas porque se trata de um grupo bastante jovem.

Quadro 3 - Distribuição dos actores segundo a idade

1.1 - IDADE

Grupo etário	Fi	F%
Menos de 20	0	0,0
20 a 24	25	13,89
25 a 29	66	36,67
30 a 34	34	18,89
35 a 39	22	12,22
40 ou mais	30	16,67
Não respondeu	3	1,67
Total	180	100

Média - 31,04 anos      Mediana - 28,85 anos      Moda - 27 anos

Como se pode verificar no quadro 3, o grupo de enfermeiros é homogénio em termos de idade, ou seja a média é de 28.85 anos, apenas 30 enfermeiros têm mais de 40 anos. Isto pode dever-se por um lado, à existência de uma população jovem nos hospitais, por outro lado a uma maior adesão destes profissionais ao trabalho de investigação. A análise da investigação terá de ter em conta um grupo etário jovem, assim como o tempo de exercício profissional.

Com o quadro número 4 queremos de igual modo ilustrar a amostra, e um factor que pode ser determinante na análise de algumas respostas, isto é, o pouco tempo que o grupo em estudo tem de exercício na profissão.

Quadro 4 - Distribuição dos actores segundo o tempo de exercício profissional

1.6 - TEMPO DE SERVIÇO EM ENFERMAGEM

TEMPO (Anos)	fi	f%
1 - 5	93	51,67
6 - 10	31	17,22
11 - 15	17	9,44
16 - 20	12	6,67
21 - 25	13	7,22
26 - 30	5	2,78
31 - 35	2	1,11
Não respondeu	7	3,89
TOTAL	180	100

Média - 8,49      Mediana - 4,68      Moda - 3



O quadro 4 mostra-nos uma realidade que não pode ser descurada, devido à congruência com os dados anteriores, isto é, a análise terá que ter em conta estes dois fenómenos em conjunto: o grupo jovem e o pouco tempo de exercício.

Como se pode verificar no quadro 4, 51.67 por cento dos actores não possui mais de cinco anos de experiência profissional; também é significativo o número de enfermeiros recém-formados. A percentagem dos enfermeiros que possuem entre seis e dez anos é apenas 17.22 por cento.

Estas considerações podem ter importância na análise, porque os recém-formados possuem o curso de bacharelato em enfermagem com uma perspectiva de formação um pouco diferente da anterior, o que vai com certeza, manifestar-se nas respostas e opções do trabalho empírico.

Dado o carácter jovem do grupo, presume-se que questionar a enfermagem e confrontar-se com as relações interprofissionais seja uma das problematizações da profissão e da construção identitária.

Na abordagem de certas questões ligadas à prática, devido à pouca experiência do grupo pode haver algumas incongruências nas respostas, na medida em que houve pouco tempo de reflexão e análise. Mas por outro lado, pode verificar-se uma visão mais realista da actualidade, o que vai em parte de encontro aos nossos objectivos de estudo: identificar no presente as representações que os enfermeiros têm das suas práticas.

Quanto ao sexo, é pouco relevante na medida em que se trata de uma profissão predominantemente feminina ainda na actualidade. Só por curiosidade, podemos verificar no nosso estudo que em cento e oitenta enfermeiros, apenas trinta e oito são do sexo masculino. Este fenómeno tem sido várias vezes analisado em estudos ligados à profissionalidade, e no caso dos enfermeiros toda a evolução histórica o explica, como vimos no quadro teórico.

## 6.2 - REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Com estas questões pretendíamos verificar algumas das representações que os enfermeiros têm das suas práticas, isto é, como é que eles vivenciam e percebem as actividades quotidiano.

### 6.2.1 - Natureza da profissão e requisitos para o seu desempenho

No desempenho profissional dos enfermeiros, há aspectos que são mais ou menos considerados conforme as representações que cada um tem da natureza da profissão, da perspectiva formativa, política, organizacional e outras.

Com o quadro seguinte pretendemos mostrar alguns dos aspectos que os enfermeiros consideram ter importância ou não no desempenho da profissão.

Quadro 5 - A importância relativa de alguns aspectos do desempenho profissional

	POUCO		BASTANTE		MUITO		NÃO RESP.		TOTAL
	fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%	
Comunicar com a equipa de trabalho	0	0	30	16,67	148	82,22	2	1,11	180
Bons conhecimentos teóricos	2	1,11	44	24,44	120	66,67	4	2,22	180
Boa habilidade prática	0	0	40	22,22	135	75,00	5	2,78	180
Relação amistosa com os outros	3	1,67	57	31,67	113	62,78	7	3,89	180
Comunicação com o doente	0	0	21	11,67	165	91,67	4	2,22	180

Relativamente aos aspectos considerados importantes para o enfermeiro, como mostra o quadro 5, verificamos que o que é mais importante para este grupo profissional é a comunicação, quer com o doente (91,67), quer com a equipa de trabalho (82,22). Parece-nos que os enfermeiros valorizam a relação interpessoal, em detrimento de outros

valores. Por exemplo no que respeita aos conhecimentos teóricos atribuem-lhes uma menor importância, assim como à habilidade prática.

Aqui parece haver algumas contradições, quando os teóricos dizem que os enfermeiros e outros profissionais da saúde são mecanicistas, tecnicistas..., e neste estudo parece-nos que o valor atribuído às relações interpessoais por este grupo de enfermeiros, se deve à recente abordagem da enfermagem numa perspectiva bioantropológica e ao desenvolvimento desta ciência com um corpo de conhecimentos e de saberes muito próprios. A competência de relação interpessoal pode ser central para alcançar um número de regras e cuidados importantes para a enfermagem e para a saúde. Considerando a acção de enfermagem como um processo de interacção social, poder-se-à considerar que uma das contribuições do enfermeiro é a capacidade de usar a comunicação como uma fonte para atingir os objectivos dos cuidados de saúde. Os enfermeiros necessitam de possuir conhecimentos, acções e motivações que os habilite a uma competência interpessoal entre enfermeiro/utente/equipa de saúde.

Os enfermeiros ao longo da sua história têm vivido diferentes perspectivas formativas, assim podem ter uma formação com mais ênfase na teoria ou na prática. Com o quadro número 6 pretendíamos analisar a forma como os enfermeiros consideravam a enfermagem, relativamente ao nível dos conhecimentos.

Quadro 6 - A opinião dos enfermeiros sobre a profissão de enfermagem

OPINIÃO	fi	f%
Predominantemente Técnico/científica	6	3.33
Predominantemente Prática	7	3.89
Simultaneamente Técnico/científica e prática	166	92.22
Não respondeu	1	0.56
TOTAL	180	100

A maioria dos actores considerou a profissão de enfermagem simultâneamente técnico/científica e prática (166); esta posição parece-nos um pouco óbvia e não faria sentido na actualidade outro tipo de pensamento. Podemos depreender que os enfermeiros consideram a prática e a teoria importantes na sua aprendizagem, e é da subjectividade da experiência que surgem as divergências entre os diferentes actores.

Tradicionalmente as universidades e outros estabelecimentos de ensino estavam divididos entre artes e ciências; recentemente utiliza-se as ciências aplicadas e sociais conjuntamente; a divisão das ciências não existe, e as práticas são incluídas nas ciências aplicadas.

Gadamer (1981) diz que o sentido da prática foi perdido no mundo ocidental em desfavor da teoria e da tecnologia. Aristóteles já falava que uma “boa prática” resultava de um saber prático, e que com este saber se encontrava o saber teórico (conhecimento de ordem racional). Reconhece-se que a sociedade para se desenvolver necessita de um saber prático, no contexto da vida. O paradigma das ciências humanas ajudou a compreender o mecanismo reducionista de algumas ciências superando-o.

A forma pela qual Gadamer (1981) distingue, na enfermagem a tecnologia da prática é uma ajuda na descoberta de: “porque é que a enfermagem é uma prática mais do que uma tecnologia.” O mesmo autor (1981) considera que os enfermeiros não estão sózinhos na ameaça da sua identidade, pois pensa que na cultura contemporânea a perda de identidade pessoal é inevitável. Parece-nos que um dos problemas de identidade dos enfermeiros está ligado à forma como se têm plagiado teorias externas à profissão de enfermagem. Em vez de se importar outras teorias, quer nos currículos académicos, quer na prática do quotidiano, os enfermeiros deveriam construir o seu modelo teórico numa prática interpretativa e situacional, visando os contextos ecológicos subjacentes.

Os enfermeiros concretamente procuram levar a ciência para as áreas práticas, para obter resultados na saúde. Hoje não se reconhece a enfermagem como prática pela tecnologia, mas pela ligação da enfermagem à experiência e ao “valor” atribuído a factores pessoais, tornando-se insignificantes os tecnológicos.

Há estudos, sobretudo na América e Canadá neste âmbito, constatando que os alunos de enfermagem que acabam o curso com uma avaliação de óptimo, não têm por

vezes um perfil ideal como enfermeiro, cuja personalidade os torna indesejáveis e longe do enfermeiro de sucesso.

Com a questão do quadro 7 pretendíamos analisar de que forma os enfermeiros vivem os problemas das práticas, e como gostariam de as vivenciar.

Quadro 7 - A importância relativa de algumas questões da prática dos enfermeiros

	ORDENAÇÃO			Não Resp.	TOTAL	Média
	1	2	3			
Ser autónoma na prestação de cuidados ao utente	79 43.88	46 25.56	41 22.78	14	180	1,77
Ser capaz de encontrar formas inovadoras no desempenho prof.	55 30.56	69 38.33	41 22.78	15	180	1,92
Valoriza mais o trabalho em equipa	60 33.33	49 27.22	63 35.00	8	180	2,02

De 1 (mais importante) a 3 (menos importante)

Verificamos que 79 dos 180 inquiridos consideram muito importante ser autónomo na prestação de cuidados. Podemos dizer que os enfermeiros em geral atribuem muita importância à autonomia na prestação de cuidados, assim como procuram formas inovadoras no desempenho profissional. Isto parece querer significar que sem autonomia não haverá criatividade e inovação. Por outro lado, um grande número de enfermeiros (60) valoriza muito o trabalho em equipe, embora menos que a autonomia e a inovação.

Podemos realçar que no conjunto, os enfermeiros parecem atentos a uma dinâmica de construção de saberes em enfermagem, reagindo a uma lógica de cuidados tradicional e valorizando a lógica da inovação. Parece haver uma discrepância entre a

percepção dos enfermeiros e as regras estabelecidas pela organização acerca da inovação como prática.

Brookfield (1991) em Waldow, V. R. (1995) considera um pensamento crítico como um processo de reflexão sobre as hipóteses que permeiam as nossas ideias e acções, assim como as dos outros, reconhecendo como o contexto altera comportamentos, resultando em formas alternativas de pensar e viver; é um envolvimento político, emocional e racional, imprescindível numa saudável democracia.

O pensamento crítico desafia o poder e as formas tradicionais de pensamento, onde predomina o preconceito, o autoritarismo...

Na enfermagem o pensamento crítico é uma abordagem que favorece a investigação. A escrita é uma das formas de desenvolver conhecimento; as actividades escritas ajudam a reflectir mais sobre o que se faz, o que se sabe e o que não se sabe; ajuda a organizar o pensamento. Outra das estratégias pode ser a observação utilizando as capacidades de ouvir, ver e sentir; esta observação fica enriquecida quando registada por escrito.

Hoje os enfermeiros acreditam que o pensamento crítico ou a reflexão crítica no exercício do quotidiano pode tornar-se um hábito.

No Reino-Unido defende-se que o pensamento crítico é um componente essencial na reforma educacional, sobretudo na enfermagem. Miller (1992) em Waldow, V.R. (1995) na América afirma que o pensamento crítico é hoje uma prática na “rotina” dos enfermeiros, e faz parte das suas decisões do quotidiano. Outros autores discutem o pensamento crítico como algo necessário para a segurança, competência e autonomia dos enfermeiros (Waldow, V.R., 1995).

Apesar de um grande número de estudos nos Estados-Unidos identificarem que os enfermeiros nem sempre desenvolvem um pensamento crítico no desempenho das suas competências, mostram o sentimento de frustração pela falta de liberdade para o pensamento crítico, na medida em que só alguns grupos o podem fazer (Berger, 1984).

Na formação em enfermagem é necessário decidir o quanto é importante o pensamento crítico na prática do dia a dia. Sugere-se aos formadores mais criatividade e imaginação no desenvolvimento dos conhecimentos. Em vez de se apresentar muitas

teorias e muitos conceitos, favorecer uma reflexão sobre os mesmos para dar sentido à prática do quotidiano.

Geralmente o estatuto profissional refere-se ao conjunto de conhecimentos específicos (saberes fazer) e de gestos profissionais que caracterizam o grupo, enquanto grupo profissional. No entanto o estatuto tende a autonomizar-se relativamente ao trabalho realizado, isto é, um professor por exemplo não deixa de ser profissional, por ser um mau professor, o seu estatuto não muda (Guy Berger, 1992). A nosso ver, a profissão de enfermagem precisa de construir uma nova identidade profissional, que não se define por um estatuto apenas, mas por um efectivo profissionalismo.

A importância atribuída a cada grupo profissional e o seu reconhecimento está ligado ao prestígio e às conquistas que o mesmo adquiriu na sua trajectória. A profissão médica, por exemplo está solidamente implantada na sociedade e no meio institucional, possibilitando-lhes vantagens e reforços na sua trajectória.

Quanto à enfermagem, os enfermeiros estão numa fase de consolidação de “saberes,” o que torna mais difícil o reconhecimento deste grupo profissional, assim como a falta de definição de estatuto.

No quadro seguinte queremos identificar algumas das aspirações dos enfermeiros para a sua vida profissional, tendo em conta algumas áreas de actuação mais problemáticas.

Quadro 8 - As maiores aspirações para a vida pessoal do enfermeiro

	ORDENAÇÃO				Não	Total	Média
	1	2	3	4	Resp.		
Melhorar o desempenho profissional	101 56.11	30 16.67	11 6.11	0 0.0			1.37
Cumprir rigorosamente as tarefas que lhe são confiadas	9 5.00	40 22.22	65 36.11	28 15.56	38 21.11	180 100	2.79
Participar nas decisões que afectam o seu desempenho profissional	28 15.56	63 35.00	44 24.44	7 3.89			2.21
Chefiar uma equipa de trabalho	5 2.78	9 5.00	22 12.22	106 58.89			3.61

De 1 (mais importante) a 4 (menos importante)

Quanto às aspirações dos enfermeiros para a sua vida pessoal, um número elevado aposta na melhoria do desempenho profissional (101 enfermeiros atribuem-lhe o valor máximo); pelo contrário no que respeita ao cumprimento de tarefas o número baixa substancialmente (9). Parece que isto demonstra como os enfermeiros têm noção da sua área de actuação e da procura da autonomia no desempenho da mesma. Na teoria diz-se que os enfermeiros conhecem bem o seu campo de actuação, mas na prática dá-se pouco espaço aos enfermeiros para a sua área de cuidar. No entanto neste estudo é visível que os enfermeiros não querem ser meros executores, mas saber o que estão a fazer e como o fazem. Esta visão pode dever-se ao facto de o grupo ser muito jovem.

Nesta análise encontra-se alguma contradição, pois por um lado os actores querem melhorar o desempenho e ser autónomos, mas por outro não apostam de igual modo na participação em decisões que afectam o mesmo desempenho profissional.

Parece-nos que haverá ainda alguma dificuldade em assumir essa autonomia no desempenho, pois “a carga tradicional” é muito elevada e as organizações não estão ainda vocacionadas para estas mudanças.



Vontade, empenhamento e conhecimentos parece que são ingredientes que não faltam aos enfermeiros. Então porque continuam com a mesma filosofia de cuidados? A reflexão feita ao longo do percurso de vida sugere-nos que o contexto em que se tem desenvolvido a enfermagem não tem permitido um reconhecimento profissional com poder de decisão no seu desempenho. Os contextos organizacionais/institucionais também favorecem esta “cultura” na enfermagem. A complexidade destas questões pode dever-se a contextos sócio-económicos, políticos, culturais. Só com persistência, um campo de saberes específicos e uma organização dos profissionais em Associações, Ordem, Sindicatos..., é possível a mudança.

Um aspecto que nos parece interessante é uma grande parte dos enfermeiros não valorizar o gosto pela chefia de uma equipe de trabalho, (106 enfermeiros assinalam este item no último grau da escala). Ao contrário do que se pensa em geral, que os enfermeiros aspiram à ascensão na carreira, aqui tal facto não é visível. É natural que um grupo tão jovem se preocupe mais com o desempenho profissional, do que com a chefia.

A experiência vivida também nos diz que os enfermeiros não querem o “poder,” mas ser reconhecidos com uma identidade própria pelos outros profissionais e pelo público em geral. Pois como vimos no quadro teórico, em geral o enfermeiro não é conotado como um profissional autónomo; está sempre presente a ideia de que o enfermeiro é em geral “auxiliar do médico.” Parece-nos que esta questão levanta alguns problemas de ordem científica, relacional e ética. Naturalmente que isto também tem a ver com a história da enfermagem e com a formação dos médicos; ainda hoje vai um pouco neste sentido, valorizando apenas os conhecimentos que o médico tem de anatomo-fisiologia, cirurgia..., e os outros saberes são pouco considerados.

Da experiência vivida parece-nos que hoje os enfermeiros estão menos conformados às forças do poder, e conseguem utilizar forças geradoras de mudança, enfrentando as forças de poder historicamente enraizadas, através de um pensamento crítico.

A comunicação parece uma das áreas a que os enfermeiros sempre se dedicaram, devido ao facto de se tratar de pessoas. Com o quadro número 9 pretendemos analisar a

ênfase dada ao conteúdo da relação, e como os enfermeiros vêem esta questão no seu quotidiano.

Quadro 9 - O conteúdo da relação na prestação de cuidados ao doente

	Sim		Não		Não resp.		Total	
	fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Comunicação emocional	79	43.89	97	53.89	4	22.22	180	100
Troca de informações	167	92.78	9	5.00	4	22.22	180	100
Expressão de sentimentos	119	66.11	57	31.67	4	22.22	180	100

Quanto à comunicação, os enfermeiros dão muito valor à troca de informações, (apenas 9 enfermeiros não a valorizou). A expressão de sentimentos também é muito valorizada (119 enfermeiros assim considera). Quanto à comunicação emocional é que os valores se invertem (97 enfermeiros não a valorizam). Isto pode ter a ver com a dificuldade de entender o significado da expressão “comunicação emocional”; ou com a ideia que vem da tradição histórica da enfermagem e da saúde, de que os enfermeiros e outros técnicos não podem envolver-se com os doentes, têm de ser “um pouco frios” e desligados, não pode haver envolvimento afectivo.

Durante muitos anos esta questão era muito valorizada e exigida aos enfermeiros; talvez por isso se tornassem por vezes mais técnicos e menos humanos? Parece-nos que havia alguma confusão na expressão, pois podemos ter uma comunicação emocional, sem envolvimento que prejudique a relação.

#### 6.2.2- Estatuto da profissão

Da experiência vivida fica-nos a ideia de que os enfermeiros têm pouca autonomia na sua área de actuação. Com o quadro seguinte pretendíamos compreender melhor este aspecto tão discutido por este grupo profissional.

Quadro 10 - A opinião dos enfermeiros sobre a autonomia na sua área de actuação

OS ENFERMEIROS TÊM AUTONOMIA SUFICIENTE	fi	f%
SIM	60	33.33
NÃO	117	65.00
NÃO RESPONDEU	3	1.67
TOTAL	180	100

No que respeita à autonomia é bem evidente que os enfermeiros sentem que não a têm; mais de metade (117) dizem não ter autonomia. Parece-nos que as razões que apontam merecem uma análise específica: Assim quinze enfermeiros referem que não têm autonomia por falta de estatuto. Isto pode ter a ver com o reconhecimento ou não reconhecimento do estatuto pelos diferentes técnicos e pela população em geral. Oito enfermeiros referem que não têm autonomia porque estão dependentes de outros profissionais. Parece que a subserviência que ao longo da história da enfermagem se verificava, ainda hoje está interiorizada na mentalidade de alguns profissionais (sobretudo dos médicos); isto faz com que os enfermeiros se sintam por vezes apenas executores, e não sintam que têm um campo próprio de actuação havendo apenas colaboração entre os membros da equipa. Nas organizações da saúde ainda não se trabalha em equipa, embora a filosofia aponte para isso; cada grupo trabalha por seu lado, e mostra o seu poder. Será que os diferentes grupos profissionais andam todos à procura da sua identidade? Os conflitos que hoje parecem existir entre os diferentes grupos profissionais terão a ver naturalmente com esta questão, pois à medida que os enfermeiros vão conquistando o saber em enfermagem, os médicos começam a defender-se, porque até então tinham o domínio absoluto das outras profissões afins.

Quanto às áreas em que os enfermeiros deveriam ter mais autonomia destacam-se as seguintes:

Dezasseis enfermeiros referem a administração da terapêutica; mas parece-nos que eles já têm toda a autonomia desde que a terapêutica esteja prescrita. Muitos referem-se à administração sem prescrição de alguns medicamentos como por exemplo analgésicos e antipiréticos.

Quinze enfermeiros dizem que queriam mais autonomia nos cuidados ao doente. Não se entende muito bem a falta de autonomia neste aspecto; no entanto, haverá hospitais onde a gestão dos cuidados não seja da responsabilidade dos enfermeiros, embora as actividades profissionais estejam contempladas na lei. Mais uma vez se encontra alguma contradição que talvez se justifique pela diversidade de actuações nas diferentes instituições. Sabe-se que a gestão dos cuidados não depende só do grupo de enfermeiros mas da dinâmica da instituição, da sua cultura e filosofia.

Os enfermeiros também sentem pouca autonomia na execução de certas técnicas em situações de urgência, mas não se entende muito bem, porque numa situação de urgência actua quem souber actuar, independentemente do seu estatuto profissional. Por isso é que o trabalho dos enfermeiros, em equipa, é mais valorizado e os utentes não distinguem os profissionais pela sua categoria, mas pela sua eficiência. Graça Carapinheiro (1993), no seu trabalho de investigação sobre os saberes e poderes no hospital, refere que a questão do poder dos enfermeiros é menos notória em serviços de cuidados intensivos, precisamente por haver um trabalho de equipe, em que uns completam os outros, sem se demarcarem pelo saber e pelo poder; ao passo que nas enfermarias o trabalho dos enfermeiros torna-se mais rotineiro e leva a uma divisão de tarefas mais demarcada.

Perante esta análise, pensámos que o que falta não será tanto a autonomia mas um trabalho de equipe, onde todas as decisões são consideradas. O mesmo se passa na gestão de cuidados, nos recursos materiais e humanos em que o enfermeiro nem sempre é ouvido nas situações relativas aos enfermeiros e aos utentes. Ainda hoje, os espaços dos doentes e dos enfermeiros são decididos pelos médicos e pelos arquitectos responsáveis pelas obras. Daí que, apesar da evolução das construções hospitalares, os espaços reservados aos enfermeiros sejam visíveis e identificados por todos porque obedecem às

características de sempre, isto é, salas com material de higiene e armários de medicamentos como na pré- história da enfermagem.

Em função dos resultados verificados no quadro anterior pareceu-nos pertinente identificar as situações que os enfermeiros gostariam de ver alteradas, de modo a terem mais autonomia. Assim, no quadro número 11 fizemos uma análise parcelar e ao mesmo tempo global, cruzando algumas das situações.

Quadro 11 - As situações que os enfermeiros gostariam de ver alteradas de modo a terem mais autonomia

SITUAÇÕES A ALTERAR	fi (n=180)	f%
Reconhecimento do estatuto profissional e Ordem dos enfermeiros	39	21.67
Mais poder de decisão para o enfermeiro	17	9.44
Mais trabalho em equipa	14	7.78
Mais reconhecimento profissional	5	2.78
Utilização de metodologia científica (Processo de enfermagem)	5	2.78
Mais protocolos de actuação	3	1.67
Melhor preparação técnica e científica	3	1.67
Melhor gestão de recursos técnicos	2	1.11
Mais diálogo na equipa	2	1.11
Mais conhecimentos sobre as funções profissionais	2	1.11

Uma das situações mais consideradas é o reconhecimento do estatuto profissional e da ordem dos enfermeiros. Como referimos no quadro teórico, um grupo profissional onde o estatuto não esteja bem definido tem dificuldade em conquistar a sua autonomia e a sua identidade.

Mais poder de decisão para o enfermeiro foi outra questão bastante considerada, que a nosso ver se prende com a definição e reconhecimento do estatuto; pois apenas a

alguns enfermeiros com graus hierárquicos elevados é conferido esse poder de decisão; mas esses muitas vezes não representam o grupo dos enfermeiros, mas o grupo de gestão da organização.

O trabalho em equipe é outra situação que os enfermeiros gostariam de ver alterada, pois como se sabe nas organizações de saúde com diferentes grupos profissionais e um objectivo em comum - prestar cuidados ao doente, família e comunidade - torna-se imperioso a organização do trabalho em equipe, de forma a dividir os saberes e os poderes com enriquecimento do objecto de trabalho e satisfação dos profissionais. O que acontece é que isoladamente a gestão dos cuidados e dos recursos humanos é mais difícil, e o doente é submetido por vezes a técnicas repetidas e a cuidados mais impessoais, por não haver colaboração entre os diferentes grupos profissionais. Exemplo disto é a avaliação dos sinais vitais que o enfermeiro faz no âmbito da observação do doente, e que está sendo contemplada nas suas funções, a que o médico vai muitas vezes repetir a avaliação da tensão arterial e pulso. A nosso ver não se compreende que, nos mesmos momentos, diferentes pessoas avaliem a mesma coisa, a não ser que haja algum problema específico.

Aqui o enfermeiro fica revoltado, porque pensa que não há confiança nos seus serviços, por um lado, e por outro, o doente é submetido constantemente a técnicas desnecessárias.

O grupo de enfermeiros refere outras situações que gostaria de ver alteradas. Embora isoladas, parece importante a sua análise:

Mais reconhecimento profissional prende-se também com o estatuto, com o trabalho em equipe e com mais diálogo interprofissional. A comunicação entre os diferentes técnicos seria a nosso ver, um aspecto que em muito poderia contribuir para um maior reconhecimento profissional e um melhor atendimento do utente.

Utilização de uma metodologia científica também é apontada como conquista de autonomia. Na maioria dos serviços de saúde esta questão é muito vivenciada pelos enfermeiros, não só porque leva a uma melhoria de cuidados de enfermagem, mas porque este grupo pensa que é uma forma de conquistar uma identidade profissional, com um

corpo de conhecimentos específicos da enfermagem. Outras questões foram realçadas, mas de um modo geral já foram analisadas.

Naturalmente que muitas questões poderiam ser trabalhadas com outra metodologia; tal não foi possível, devido à limitação do tempo. Podemos apontar pistas de análise para futuros trabalhos, que a nosso ver contribuem para a valorização profissional dos enfermeiros. Se tivéssemos oportunidade de fazer um trabalho etnográfico, por exemplo um estudo de caso, seria interessante abranger todos os profissionais de um determinado serviço numa organização de saúde. Talvez ajudasse a clarificar melhor os problemas e apontar metas de mediação, na medida em que todos os actores ficavam envolvidos e implicados na investigação.

Pensamos que a melhor forma de construir saberes em enfermagem é pela via investigativa na prática, de contrário continua cada grupo per si e dificilmente chegamos a um consenso de esforços.

Aqui analisamos os actos em que os enfermeiros se sentiam mais autónomos, tendo como referência os dados em estudo. Naturalmente que estas foram as opções mais apresentadas, mas haverá outras. Apresentá-las-emos no quadro seguinte.

Quadro 12- Os actos em que a enfermagem se sente mais autónoma

	ORDENAÇÃO						TOTAL
	0	1	2	3	4	NR	
Administração de terapêutica	20	25	30	28	70	7	180
	11.11	13.89	16.67	15.56	38.89	3.89	100
Comunicação com o utente/doente	0	2	7	37	131	3	180
	0.0	1.11	3.89	20.56	72.78	1.67	100
Observ. e ident. de problemas do doente	1	4	11	50	109	5	180
	0.56	2.22	6.11	27.78	60.56	2.78	100
Técnicas especializadas	10	7	54	59	30	10	180
	5.56	3.89	30.00	32.78	16.67	5.56	100
Outros	0	1	0	0	5	174	180
	0.0	0.56	0.0	0.0	2.78	96.67	100

De 0 (nenhuma autonomia), a 4 (autonomia total)

Em função das opções apresentadas pode considerar-se que o máximo de autonomia vai para a comunicação com o utente e para a observação e identificação de problemas do doente, e bastante menos para técnicas especializadas. Daqui podemos analisar aspectos ligados à essência da profissão, isto é, está claramente motivada para a área relacional. Os enfermeiros assumem a sua área do cuidar através da relação que estabelecem com o utente , quer pelo diálogo, quer pela metodologia de trabalho, valorizando a comunicação para a detecção dos problemas, de forma a poderem planear acções de enfermagem individual e específicas a cada doente, independentemente da sua doença.

Esta análise, a nosso ver, reflecte um pouco o que se tem vindo a falar no quadro teórico, que é a mudança que os enfermeiros têm vindo a fazer nas suas práticas. Ressalta daqui o facto de que os enfermeiros não são tão mecanicistas e dão menos valor a aspectos técnicos da profissão, valorizando bastante mais os aspectos da



comunicação/relação e observação do utente. A visão do doente não é a doença, mas a pessoa que necessita de ser cuidada no seu todo.

Um aspecto que não se entende é o facto de quererem mais autonomia na administração da terapêutica, uma vez que esta actividade é da inteira responsabilidade do enfermeiro. Será que ainda há instituições onde esta autonomia não existe?

Os enfermeiros têm uma área de actuação que envolve a presença de diferentes técnicos, assim pareceu-nos interessante saber como este grupo profissional se coloca face a outros grupos, com quem convive no contexto de trabalho.

Quadro 13 - Como é que os enfermeiros comparam os diferentes técnicos

QUANTO AO ESTATUTO	fi	f%
Os diferentes técnicos estão ao mesmo nível	54	30.00
Os diferentes técnicos têm posições diferenciadas	103	57.22
Não respondeu	23	12.78
TOTAL	180	100

Os enfermeiros em geral consideram que os diferentes técnicos têm uma posição diferenciada; apenas cinquenta e quatro enfermeiros dizem que os diferentes técnicos estão ao mesmo nível. Esta análise está em congruência com as análises anteriores, pois se os enfermeiros não têm autonomia, seria difícil sentirem-se ao nível dos outros técnicos.

No meio em que os enfermeiros trabalham, e na sociedade em geral parece sentir-se que umas profissões são mais consideradas que outras. Então com o quadro que apresentamos pretendíamos colocar os enfermeiros face a outros profissionais, e analisar de que forma este grupo se sente.

Quadro 14 - Como o enfermeiro se situa em relação a outras profissões

	Abaixo		Ao mesmo nível		Acima		Não responderam		TOTAL
	fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%	n
ADVOGADOS	145	80.56	6	3.33	4	2.22	25	13.89	180
ASSISTENTES SOCIAIS	44	24.44	79	43.89	32	17.78	25	13.89	180
ENGENHEIROS	116	64.44	36	20.00	3	1.67	25	13.89	180
PROFESSORES	59	32.78	86	47.78	10	5.56	25	13.89	180
MÉDICOS	124	68.89	28	15.56	3	1.67	25	13.89	180
PSICÓLOGOS	100	55.56	47	26.11	8	4.44	25	13.89	180

No geral, os enfermeiros sentem-se abaixo de outros profissionais, mas parece-nos que a ideia de que no geral os enfermeiros têm pouca “cotação,” quando comparados com o grupo dos médicos ainda é uma realidade.

Neste quadro destaca-se com algum significado que os enfermeiros, em geral, se sentem abaixo dos advogados, dos médicos e dos engenheiros. Naturalmente que estas profissões, na história da humanidade, sempre foram muito consideradas. Um número bastante significativo de enfermeiros considera-se ao mesmo nível dos assistentes sociais e dos professores. Parece que o consenso geral aponta neste sentido, pois os professores não têm um estatuto muito elevado, assim como os assistentes sociais. Há estudos sobre as profissões que apontam neste sentido. No entanto, parece-nos que os enfermeiros sentem-se um pouco mais ao nível de outras profissões, ao contrário do que se passava noutros tempos. Mas ainda é uma profissão pouco cotada na sociedade, julgamos que tem muita influência o facto de ser uma profissão que tem estado muito na dependência do médico, por um lado, e por outro porque na saúde o grupo “forte” tem sido sempre o dos médicos.

Com o quadro 15 queríamos analisar o grau de satisfação dos enfermeiros na execução de cuidados autónomos e delegados, independentemente da avaliação dos outros.

Quadro 15 - O grau de satisfação do enfermeiro quando presta cuidados

DÁ-LHE MAIS SATISFAÇÃO	fi	f%
Que os cuidados sejam da sua própria iniciativa, sujeitando-se à avaliação dos outros	160	88.89
Que os cuidados prestados sejam da responsabilidade da equipa que cuida o doente, ou de outro colega com estatuto superior	15	8.33
Não respondeu	5	2.78
TOTAL	180	100

O que dá mais satisfação aos enfermeiros na prestação de cuidados liga-se claramente com os que exigem iniciativa e criatividade, mesmo sujeitando-se à avaliação dos outros. Apenas quinze enfermeiros gostariam que os cuidados fossem da responsabilidade dos outros.

Aqui ressalta mais uma vez alguma incongruência, pois os enfermeiros têm responsabilidade nos cuidados a prestar e sentem-se preparados para tal, no entanto não sentem autonomia no seu âmbito de actuação.

A responsabilidade é um valor que sempre esteve presente na profissão de enfermagem, daí que toda a formação dos enfermeiros, quer a nível académico, quer a nível da instituição, tenha sempre como referência a responsabilidade. No entanto nas instituições de saúde não há muito espaço para que se possa desenvolver “actos” responsáveis, isto é, os enfermeiros têm pouca autonomia nas suas actividades, logo a responsabilidade é mais por delegação, do que por inerência à prática profissional.

Aqui há alguma contradição e ambiguidade na profissão de enfermagem; pois por um lado afirma-se como um grupo profissional com saberes próprios e actuação

específica consignada na lei, por outro lado como grupo profissional numa organização onde o poder está instituído e consignado apenas a um grupo (médicos), parece aceitável que o desejo dos enfermeiros seja exercer a sua profissão com responsabilidade, mas com autonomia partilhando o poder e o saber.

### 6.2.3 - Motivações e expectativas

Na enfermagem como em qualquer outra profissão parece-nos importante as motivações e expectativas para o seu desempenho. Assim analisaremos algumas questões pertinentes para a sua compreensão.

Tendo presente a história da enfermagem, pareceu-nos que as razões da escolha da profissão nos poderiam dar indicadores de mudança, isto é, como têm evoluído as representações sociais da profissão. Por isso introduzimos o quadro 16 para análise.

Quadro 16 - As razões que levaram os enfermeiros a escolher a profissão de enfermagem

RAZÕES DE ESCOLHA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	fi (n=180)	f% (n=180)
É a minha vocação	133	73.89
É uma profissão que proporciona uma interacção com outras pessoas	102	56.67
É uma profissão que privilegia o contacto com outras profissões	51	28.33
É uma profissão com futuro económico assegurado	30	16.67
É uma profissão socialmente simpática	10	5.56
Outras	0	0.0
Não responderam	12	6.67

Nota: Múltipla escolha

Parece que as razões da escolha da profissão são várias, no entanto um grande grupo (133 enfermeiros) reconhece nesta escolha uma vocação; outros (102 enfermeiros)

escolhem-na por ser uma profissão que proporciona uma interacção com outras pessoas; cinquenta e um enfermeiros consideram-na uma profissão que privilegia o contacto com outras profissões; apenas trinta enfermeiros acham que é uma profissão com um futuro económico assegurado.

Uma análise que poderá fazer-se é que os enfermeiros em geral procuram nesta profissão uma interacção e uma vocação, e não colocam em primeiro lugar o aspecto económico. Num grupo de enfermeiros tão jovem outras razões poderiam surgir, sobretudo ligadas à independência económica.

A questão da vocação, a nosso ver, é outra das “cargas” tradicionais da história da enfermagem, muito enraizada na nossa sociedade. Ao longo dos tempos o papel da mulher era visto como uma vocação para cuidar. Ora como mulher consagrada e dotada de vocação, humildade e sacrifício; ora mulher “ajudante” na medida em que o grupo feminino, dado o contexto histórico-social, era mais dependente e com estatuto social diferente do estatuto do homem.

Apesar da evolução da sociedade e de estarmos longe desta época, há tradições que são difíceis de desenraizar socialmente. Profissionalmente parece não ter tanto sentido, mas socialmente ainda tem esta conotação, isto porque quantas vezes se diz “este ou aquele enfermeiro não tem vocação para esta profissão”.

Se a sociedade actual é caracterizada por uma grande evolução, pareceu-nos de extrema importância saber, se os enfermeiros consideram que a enfermagem tem tido um acompanhamento na evolução de conhecimentos, tal como noutras profissões.

Quadro 17 - A profissão de enfermagem e a evolução de conhecimentos tal como as outras profissões

	fi	f%
Sim	151	83.89
Não	22	12.22
Não respondeu	7	3.89
TOTAL	180	100

Os enfermeiros, em geral, pensam que a enfermagem tem acompanhado a evolução de conhecimentos tal, como as outras profissões, e justificam dizendo que tem havido muita formação em serviço. Como referimos no quadro teórico, a formação dos enfermeiros feita nos serviços tem uma tradição histórica; tem sido um dos grupos profissionais que mais se tem preocupado com a formação humana e específica na área da saúde.

Outro aspecto justificativo é a utilização de uma metodologia científica. Este aspecto justifica o avanço da enfermagem, devido à reflexão sobre as diferentes teorias: os enfermeiros questionam-se sobre o que é a enfermagem, o que são os cuidados de enfermagem, a quem se dirigem... Por outro lado, os pressupostos filosóficos e o contributo das ciências humanas têm levado os enfermeiros a considerar os cuidados de enfermagem numa perspectiva holística, ecológica, não esquecendo que a pessoa tem uma família, um emprego, uma cultura, um estatuto social, crenças, valores e está inserida numa determinada comunidade. Estes e outros aspectos têm de ser respeitados: mesmo que haja vantagem na mudança de alguns hábitos a pessoa tem de perceber se quer ou não mudar. A actuação do enfermeiro será ajudar a pessoa a entender a necessidade da mudança de estilo de vida, em vez de dizer o que pode ou não pode fazer.

Alguns enfermeiros apontam a evolução técnica como factor justificativo da evolução da enfermagem. Como nas outras profissões, é um fenómeno que tem

avanzado nos últimos anos em flecha, e naturalmente que os enfermeiros têm acompanhado nomeadamente a informática nos serviços de saúde.

Tal como noutros sectores, a investigação é uma preocupação de alguns enfermeiros nos últimos anos. Nota-se que na formação académica e em serviço os enfermeiros se têm empenhado bastante na investigação; por vezes não se dão a conhecer pequenos estudos de investigação/acção, porque os enfermeiros não têm um grande espaço social e académico para o poder fazer. Parece-nos que hoje os profissionais da saúde estão a ver vantagens numa investigação mais qualitativa e adequada às ciencias humanas, pois tradicionalmente na saúde recorre-se muito a uma investigação estatística, onde o que conta são os números. Naturalmente que o contexto da saúde explica esta metodologia, pois é muito recente a abordagem do utente como um todo e numa perspectiva ecológica. O vulgar era ver a doença que afectava o doente numa perspectiva curativa e não cuidativa; e o que interessava seria quantos doentes tiveram por exemplo hepatite, independentemente das circunstâncias do meio. Felizmente que hoje começa-se a encarar esta problemática num contexto antropológico, social, cultural e comportamental.

Outros enfermeiros apontam a existência de algumas revistas, mas os enfermeiros precisam de divulgar mais o que fazem, porque fazem e como o fazem, até porque muitas pessoas não conhecem o âmbito da actuação dos enfermeiros, e em parte por estes não se darem a conhecer.

As exigências académicas, o melhoramento dos currículos escolares são razões que os enfermeiros apontam para uma evolução da profissão. Ao descrever a evolução da enfermagem no quadro teórico ficaram visíveis os avanços da profissão em termos de formação.

Os dados justificativos do não acompanhamento da enfermagem na evolução de conhecimentos, alguns enfermeiros (22) apontam a pouca investigação como já foi referido; a falta de autonomia, um aspecto que já foi muito referido; falta de um estatuto profissional, também referido atrás noutras questões; falta de reflexão sobre a profissão. De facto, embora se comece a pensar porque fazemos e como fazemos o que fazemos, em termos estruturais há pouca reflexão.

### 6.3 - AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO QUOTIDIANO DOS ENFERMEIROS

Com a questão número dezasseis pretendia-se analisar como é que os enfermeiros em geral realizavam as práticas no seu quotidiano.

Foram colocadas vinte e cinco afirmações para classificar segundo o grau de frequência numa escala de um a cinco.

Para conseguirmos fazer uma análise mais relevante optámos por agrupar as afirmações em grupos temáticos. Assim consideramos sete grupos com diferentes análises temáticas:

#### 6.3.1 - ASSISTÊNCIA

Neste grupo consideramos as afirmações que dizem respeito à assistência em enfermagem nas práticas (números 1, 5, 11,12).

Quadro 18 - A forma como os enfermeiros vivem a assistência no quotidiano

N.º ITEMS	1	2	3	4	5	NR
1	6	16	46	60	45	7
5	5	14	31	71	55	4
11	27	48	56	31	10	8
12	13	64	46	36	14	7
Média	12.75	35.50	44.75	49.50	31	6.5

No plano da assistência, verifica-se que o enfermeiro está mais vocacionado para a área da prestação de cuidados, e menos para a área da educação na saúde. A sua actuação vai mais no sentido do tratamento, do que no da prevenção e promoção da saúde.



Neste contexto parece-nos que vale a pena questionar a formação dos enfermeiros, pois os currículos escolares têm por base a prevenção e promoção da saúde, no entanto a prática continua a demonstrar o contrário.

Esta incongruência parece-nos que é devida a uma conjuntura política e cultural da saúde em Portugal, pois embora a legislação aponte no sentido da prevenção e promoção da saúde, os profissionais não estão motivados para esta questão, especialmente os médicos. A prova disto é que os utentes em princípio só procuram os serviços de saúde quando estão doentes, e os profissionais preocupam-se apenas em curar, e não em cuidar. Consideram uma perda de tempo a educação na saúde, talvez porque os efeitos disto sejam morosos e pouco evidentes, mas será a nosso ver o futuro, isto é, o nível de saúde será tanto melhor, quanto mais se investir na educação e na formação das pessoas em geral; os profissionais não podem ser detentores dos saberes, é necessário envolver as pessoas em geral, e alguns grupos em particular, na dinâmica da prevenção e promoção da saúde.

Nesta análise ainda se destacam as questões da autonomia dos enfermeiros e a identificação da sua área de actuação, sobretudo nas afirmações um e cinco. Uma grande percentagem situa-se acima da média na classificação; o que pode significar que os enfermeiros, embora não tenham um estatuto reconhecido, reconhecem na prática a sua área de actuação e assumem um estatuto. As maiores médias situam-se ao nível 3 e 4, o que pode significar que a assistência de enfermagem é feita através da identificação de necessidades do indivíduo, família e comunidade.

Mas aqui também se encontra alguma incongruência, pois é bem clara neste estudo a pouca autonomia dos enfermeiros, no entanto estas respostas revelam bastante autonomia.

### 6.3.2 - Participação

Neste grupo de análise consideramos as afirmações que revelam a importância que os enfermeiros dão à participação nas suas práticas, quer por parte dos utentes e família, quer por parte dos outros profissionais (números 2,19,22).

Quadro 19 - A participação dos cuidados em enfermagem

N.º ITEMS	1	2	3	4	5	NR
2	16	36	62	44	14	8
19	6	17	52	75	22	8
22	12	15	65	58	21	9
Média	11.33	22,66	59.66	59	19	8.33

No plano da participação verifica-se que os enfermeiros, em geral, têm em atenção o utente e a família no envolvimento assistencial, isto é, parece que existe uma preocupação na recuperação do doente, pois como se sabe quando há envolvimento por parte de todos os intervenientes no processo de cuidados, o doente e a família recuperam mais e melhor. No entanto, um número considerável de enfermeiros, neste estudo, não envolve a família e a comunidade na prestação de cuidados. Mas preocupam-se bastante com a avaliação que estes fazem da sua actuação. Por outro lado, os enfermeiros não podem esquecer-se de que a saúde do indivíduo depende de múltiplos factores e como tal o meio envolvente tem de ser considerado; assim como a avaliação que os utentes fazem dos cuidados prestados.

Neste grupo de análise aparece uma grande preocupação na promoção da saúde; dois terços da população em estudo demonstra a importância da educação para a saúde quer a nível individual, quer a nível da comunidade em geral. No entanto não nos parece que a maioria dos enfermeiros valorize tanto esta questão, tendo em conta outras análises anteriores.

Relativamente à média verifica-se que a maioria das respostas se situa à volta do nível 3 e 4, ou seja, entre o medianamente frequente e o bastante frequente. Há algumas respostas abaixo da média, sobretudo a questão do enfermeiro envolver o utente e família na prestação de cuidados. Isto vem justificar, de certo modo, o que já foi dito acerca da abertura dos serviços de saúde à comunidade.

6.3.3 - Métodos de trabalho

Com este grupo temático pretendíamos analisar os métodos de trabalho dos enfermeiros, e de certo modo perceber os paradigmas subjacentes à prática dos enfermeiros (números 3, 4).

Quadro 20 - Os métodos de trabalho dos enfermeiros

N.º ITEMS	1	2	3	4	5	NR
3	7	21	44	67	32	9
4	2	3	25	81	65	4
Média	4.5	12	34.50	74	48.50	6.50

No que respeita aos métodos de trabalho é bem notório que a maioria dos enfermeiros utiliza uma metodologia científica na prestação de cuidados, o que corresponde um pouco ao que pensam os teóricos de enfermagem; no entanto, não parece haver reconhecimento por parte de outros técnicos na mesma área de actuação. Isto compreende-se; se analisarmos outra questão - o trabalho em equipe - verificamos que 117 enfermeiros (em 180) desejam trabalhar em equipe, um valor bastante acima da média, o que pode significar que o método mais escolhido pelos enfermeiros seja o trabalho em equipa. No entanto, na prática, tal situação não se verifica, pois há algumas dificuldades de comunicação entre os diferentes grupos da área da saúde, por um lado, e por outro parece haver algum domínio de alguns grupos, o que dificulta uma partilha e por consequência um trabalho de equipe. Esta reflexão parece um pouco contraditória com o discurso de muitos dos grupos profissionais da saúde, pois teóricamente todos desejam um trabalho em equipe e reconhecem que o utente saia beneficiado, porém isto não passa à acção. Poder-se-à pôr em questão alguns aspectos que dificultam, mas o melhor seria avançar com um estudo empírico à procura das razões deste desencontro.

Esta média não nos parece ter grande relevo, no entanto é visível que a percentagem máxima de respostas se encontra no nível 4 e 5, o que parece significar que os enfermeiros utilizam uma metodologia de trabalho. Apenas 9 enfermeiros consideram muito pouco frequente.

#### 6.3.4 - Autonomia

A autonomia é uma das questões mais problemática dos enfermeiros no seu quotidiano. Neste grupo vamos analisar as afirmações que revelam autonomia ou falta dela (números 6, 7, 8, 17, 18).

Quadro 21 - A autonomia no desempenho profissional dos enfermeiros

Nº ITEMS	1	2	3	4	5	NR
6	15	26	44	61	28	6
7	2	6	10	51	107	4
8	18	27	69	46	15	5
17	15	35	64	46	13	7
18	4	14	64	66	23	9
Média	10.80	21.60	50.20	54	37.20	6.20

No plano da autonomia há diferentes situações a analisar. Temos a questão da autonomia na prestação de cuidados, que é muito repartida na escala, embora um grande número se situa acima da média no que respeita à autoridade da hierarquia em enfermagem. No entanto há um aspecto muito relevante que é o da responsabilidade nos cuidados a prestar. Verifica-se que 158 enfermeiros estão acima da média. Parece que a responsabilidade é um valor para os enfermeiros em geral; este valor tem-se mantido ao longo da evolução da enfermagem como se pôde verificar anteriormente, e não modificou muito.

A formação académica e em serviço sempre apelou para a responsabilidade. Esta tem sido considerada um valor muito importante na prática dos enfermeiros em virtude de todo o trabalho de enfermagem reverter a favor do ser humano e como tal estar sujeito ao saber ético e moral da profissão.

Neste quadro ainda podemos analisar a questão dos “saberes” em enfermagem e aqui verifica-se que já há um grande número de enfermeiros preocupados com a área do saber em enfermagem, sobretudo reflectindo sobre o que é a enfermagem e o que fazem os enfermeiros. Nos últimos anos a formação tem sido neste sentido bem como os objectivos dos cuidados em enfermagem.

Embora nos pareça, através do trabalho empírico, que os enfermeiros em geral têm pouca autonomia, neste quadro nota-se que os enfermeiros conhecem a sua área de actuação e por isso querem autonomia nos cuidados de enfermagem.

Podemos verificar que, apesar de as funções dos enfermeiros estarem definidas pela carreira de enfermagem, ainda há algumas dificuldades na autonomia das suas práticas.

No geral, as médias mais elevadas situam-se entre o 3 e o 4. Mais uma vez se comprova que as respostas se dispersam à volta da média, não se verificando médias elevadas de frequência no “muito pouco frequente” e no “muito frequente,” isto devido às respostas inerentes à responsabilidade verificada na prestação de cuidados. Parece que isto não tem relação directa com a autonomia, mas indirectamente pode ter, porque o conjunto de respostas leva-nos a uma prática com autonomia, mas que não é reconhecida pelos outros. Isto é, os enfermeiros sentem que os outros não lhes conferem autonomia, mas no desempenho das suas actividades sentem-se com uma autonomia implícita.

Outro tipo de análise que poderemos fazer é que o enfermeiro não é cotado com autonomia, mas na prática do quotidiano há situações muito ambivalentes, pois por um lado exige-se uma certa responsabilidade perante o doente/utente, e por outro uma dependência das prescrições médicas. Segundo Freidson (1970), a enfermagem tem uma aparente autonomia, porque tem controle sobre a formação e sobre os seus serviços nos hospitais, mas não deixa por isso de ser uma actividade que se exerce na dependência de outros. A enfermagem atingirá o grau de autonomia própria de uma profissão se

controlar um domínio da actividade separado do campo da medicina e em que a sua prática não exija o recurso à autoridade do médico.

Numa complexa divisão de trabalho como é o caso das instituições de saúde só a medicina tem verdadeira autonomia, pois tem autoridade para dirigir e avaliar o trabalho dos outros, sem que seja avaliado por eles, autonomia que é sustentada pelo domínio do seu saber, na divisão de trabalho (Freidson, 1970).

6.3.5 - Inovação

A inovação é um dos aspectos pertinente na dinâmica das representações da enfermagem, uma vez que no contexto histórico da profissão, prevalece a rotina e a técnica. Com o quadro 22 pretendíamos analisar as práticas dos enfermeiros conducentes à inovação (números 9, 14, 15).

Quadro 22 - A inovação nas práticas dos enfermeiros

N.º ITEMS	1	2	3	4	5	NR
9	6	34	60	58	18	4
14	21	43	53	43	14	6
15	5	12	64	65	28	6
Média	10.66	29.66	59	53.33	20	5.33

Parece que nem todos os enfermeiros nas práticas encontram formas inovadoras no desempenho profissional, pois verifica-se que há uma distribuição à volta da média, quer abaixo, quer acima. Isto compreende-se porque a história da enfermagem mostra-nos que a formação do enfermeiro era virada para o cumprimento de ordens de outros profissionais, e pouco espaço era concedido aos enfermeiros nas suas actuações, eles eram meros executores. Esta tradição ainda hoje se mantém nas instituições, até porque nos parece que as organizações hospitalares de modo geral, são pouco inovadoras e

muito protocolares preocupando-se mais com a rentabilização de serviços do que com a qualificação dos mesmos. Hoje já se verifica alguma preocupação em mudar esta lógica, mas o peso da tradição é por vezes grande e as pessoas não mudam de um dia para outro.

A mesma análise se poderá fazer na área da investigação, mas aqui os enfermeiros mostram preocupação e desenvolvimento nesta área, nos últimos tempos. Hoje, os enfermeiros questionam-se muito mais relativamente às suas práticas; não são tão executores de ordens, daí existir por vezes algum conflito intergrupos profissionais. No trabalho empírico assiste-se a um avanço considerável na investigação.

No que respeita às críticas e inovações das práticas dos enfermeiros, nota-se que há um grande número acima da média com estas preocupações.

Pensamos legítimo perguntar porque é que os enfermeiros não mudam as suas práticas, pois verifica-se que eles em geral são críticos e inovadores na visão das práticas do quotidiano.

Apesar de no geral se dizer que os enfermeiros são rotineiros e que fazem pouca investigação, neste trabalho aparece um grande número de respostas à volta da média e são poucos os enfermeiros que não valorizam a inovação, a crítica e a investigação. Sabemos que ainda não é hábito a investigação em enfermagem, mas parece notar-se alguns avanços; os enfermeiros podem não ser inovadores, mas desejam sê-lo, só não têm, por vezes condições estruturais para mudarem as suas práticas.

#### 6.4 - MODELOS DE ENFERMAGEM E FORMAÇÃO

A enfermagem ao longo dos tempos tem-se preocupado com uma metodologia de trabalho, tendo por base pressupostos filosóficos e conceptuais da profissão. No entanto a sua aplicação por vezes torna-se reprodutora, daí que a formação actual dos enfermeiros se preocupe com um novo paradigma para a enfermagem, criando modelos que sirvam de reflexão sobre as práticas. Os enfermeiros hoje preocupam-se com uma enfermagem com uma filosofia diferente, isto é, uma enfermagem por responsável e

dinâmica na sua origem, que funcione como um motor de arranque para os avanços da prática. A investigação neste campo leva-nos a acreditar numa filosofia actualizada da enfermagem com uma responsabilidade não delegada, mas activa, dinâmica, interveniente.

#### 6.4.1 - Modelos de enfermagem

No desenvolvimento do quadro teórico abordamos uma grande parte dos modelos em enfermagem. No estudo presente pretendíamos identificar os modelos perconizados, uma vez que se tratava de um grupo muito jovem e com uma formação académica recente. Assim poderíamos analisar a interacção entre a formação de base e a formação no contexto de trabalho, verificando até que ponto existe adequação entre teoria e prática e vice-versa (números 10, 20, 23, 24).

Quadro 23 - Modelos utilizados pelos enfermeiros

N.º ITEMS	1	2	3	4	5	NR
10	14	21	64	60	13	8
20	12	28	70	46	13	11
23	7	12	56	70	27	8
24	5	11	40	74	41	9
Média	6.5	18	57.50	62.50	23.50	9

No que se refere a modelos em enfermagem parece que os enfermeiros em geral situam-se entre o modelo psicossocial e o modelo biomédico humanista. Se por um lado relacionam a enfermagem com as metodologias das ciências biológicas, por outro lado parece haver uma grande adesão à perspectiva antropobiológica dos cuidados de



enfermagem, que admite uma abordagem global do indivíduo, tentando entendê-lo no contexto em que se insere. Nas práticas referem ter em conta a influência que o meio pode ter na saúde do indivíduo e da comunidade; assim como respeitam a diversidade cultural na prestação de cuidados.

#### 6.4.2 - Formação em enfermagem

A formação em enfermagem tem sofrido ao longo dos tempos uma evolução, sobretudo a nível curricular, mas parece-nos que o mesmo não se verifica no desempenho da profissão. Daí a nossa preocupação em analisar a formação no contexto de trabalho e as problemáticas subjacentes uma vez que a experiência nos diz que as mudanças curriculares não acompanham as mudanças na prática (números 13, 16, 25).

Quadro 24 - A formação em enfermagem

N.º ITEMS	1	2	3	4	5	NR
13	5	35	57	57	17	9
16	22	53	64	29	4	8
25	5	22	65	52	28	8
Média	10.66	36.66	46	46	16.33	8.33

A formação contínua dos enfermeiros tem sido uma preocupação crescente e com alguma tradição histórica, no entanto nem sempre tem sido reconhecida como tal. No quadro em análise podemos verificar que uma grande parte dos enfermeiros participam em acções de formação.

No que respeita à formação inter instituições parece verificar-se que os enfermeiros não se preocupam muito com isso, talvez porque a filosofia das instituições

também não aponte para esta questão, e porque, por outro lado, os enfermeiros não têm autonomia para o fazerem.

No desenvolvimento de competências profissionais na prática, os valores distribuem-se pela escala, embora o grande número esteja à volta da média. Numa organização multiprofissional, como é a da saúde, parece ter sentido uma formação no contexto de trabalho e em equipas, desenvolvendo momentos de formação que permitam a construção de novas profissionalidades. Na assistência em enfermagem parece estar presente: a formação contínua dos enfermeiros com outros técnicos, a optimização das relações interprofissionais e um desenvolvimento de um espírito crítico e inovador a um nível cultural, com os outros profissionais da saúde.

Mais uma vez as respostas se encontram à volta da média, com predomínio para os níveis 3 e 4. Aqui aparece uma média significativa no muito pouco frequente, devido à questão número dezasseis. É que a interacção entre as instituições ainda não é uma prática muito divulgada, embora se sinta essa necessidade e esteja contemplada na lei.

Naturalmente que a formação desempenha um papel estruturante na identidade dos enfermeiros, daí que este grupo esteja a viver uma crise de identidade, sentida por todos. José Alberto Correia a este propósito diz que “os enfermeiros vivem uma situação paradoxal: reconhece-se uma relevância social à sua área de intervenção ao mesmo tempo que não existe visibilidade social para a sua existência.”

Através da análise das práticas dos enfermeiros, verifica-se um pouco esta questão. Por um lado os enfermeiros sentem que têm competências na sua área de actuação, mas por outro sentem que não são reconhecidos como tal.

Pensamos que a formação através da experiência é para valorizar na área dos cuidados em enfermagem. Considerando a aprendizagem um processo onde a sabedoria é criada de acordo com a transformação da experiência Kolb (1984), a nosso ver é na prática que se pode construir as competências em enfermagem.

## CONCLUSÃO

A revisão do conjunto das teorias apresentadas neste estudo, para fundamentar o nosso próprio percurso investigativo, levou-nos a constatar as relações entre a investigação e as reflexões teóricas actuais no estudo das representações sociais, passando pela identidade psico-social e profissional, não esquecendo o contexto onde se insere o objecto de investigação.

Dado que a relação com o mundo se faz por pertenças sociais e culturais, as representações sociais dão conta dessas pertenças, mediatizadas pelo meio, dando a conhecer a realidade através da construção de visões socialmente adequadas e estabelecendo ligação entre o novo e o velho, o antes e o depois. Por isso é que Moscovici considera que a teoria das representações é sobretudo um contributo para as ciências sociais, tendo como objectivo principal criar informação nova.

Na perspectiva deste estudo em particular, e na da enfermagem em geral, pareceu-nos pertinente a questão das representações sociais, na medida em que, para além de ajudarem a compreender o homem e a sociedade, ajudam-nos a criar informação nova de modo a podermos alterar a visão social das práticas dos enfermeiros, e indirectamente contribuir para uma nova identidade profissional.

A investigação nesta área preocupa-se em saber onde e como se dinamizam as representações sociais, tendo sempre em conta o contexto ecológico e a cultura subjacente. Uma das razões por que valorizamos a hipótese do núcleo central, na nossa própria investigação foi a perspectiva da formação e transformação das representações sociais; por nos parecer que, apesar dos avanços da sociedade, as representações sociais dos enfermeiros não têm acompanhado a mesma evolução.

O interesse por este estudo surgiu como preocupação latente na formação dos enfermeiros a nível dos currículos académicos, que não tem tido a mesma correspondência no contexto de trabalho. Isto é, por um lado a formação académica avançou, mas por outro o contexto de trabalho tem alguma dificuldade em dar

continuidade a um processo formativo mais reflexivo. Assim procurámos desenvolver neste estudo algumas questões ligadas à identidade dos enfermeiros no contexto das relações intergrupais. Introduce-se a noção de estatuto como importante nas relações intergrupos e na definição de identidade profissional.

Neste quadro, a problemática central dos enfermeiros está na rotina e/ou dificuldade em mudar o desempenho das suas práticas. Isto pode explicar-se pela estrutura e dinâmica das organizações/instituições de saúde, pois são raras as mudanças, aos diferentes níveis, em face das exigências actuais no mundo do trabalho. E chegados a este ponto podemos resumir as dimensões fundamentais inerentes às representações sociais das práticas dos enfermeiros, postas em evidência pelo nosso estudo empírico. Não pretendemos reproduzir todas as conclusões, uma vez que ao longo do estudo foram feitas as respectivas análises, mas elas representam já um contributo para a compreensão das representações sociais das práticas dos enfermeiros, e animam-nos a continuar a investigação nesta área, de forma a levantar questões pertinentes na mudança/inação das práticas no contexto de trabalho.

A construção de novos papéis pressupõe a aceitação da existência de conflitos e negociação de consensos, por isso as mudanças estruturais são por vezes ameaçadoras, até porque produzem novos critérios de definição de estatuto. Se os papéis e estatutos são representações sociais, a representação tradicional da enfermagem é partilhada pela sociedade em geral. Neste sentido as representações sociais dos enfermeiros terão de evoluir no sentido de produzir novos consensos, desenvolvendo uma nova identidade profissional, respeitando as identidades pessoais e sociais na actualidade. As práticas “rotineiras” dos enfermeiros teriam facilidade em converter-se em práticas reflexivas, se as finalidades da mudança conduzissem a um saber socialmente construído.

A teoria das representações sociais desperta-nos para o interesse da mudança no contexto ecológico, de forma a produzir mudanças no desempenho profissional. No caso particular dos enfermeiros, apela-se para a complementaridade dos diferentes grupos profissionais no contexto de trabalho, que como espaço dinâmico, permite desenvolver competências e atitudes reflexivas.

O estudo empírico que realizamos, no âmbito deste trabalho, com 180 enfermeiros de três unidades hospitalares distintas, sendo de carácter exploratório, permitiu-nos esboçar um quadro de compreensão teórica, e forneceu-nos algumas indicações para pesquisas posteriores.

O desenvolvimento da pesquisa mostrou-nos a utilidade do recurso a métodos quantitativos e qualitativos sem incompatibilidades. Neste caso, a utilização de métodos quantitativos permitiu descobrir elementos pertinentes de análise. E todo o percurso investigativo e metodológico foi formador.

Globalmente, pareceu-nos que as mudanças das práticas dos enfermeiros se devem mais a uma opção política e à lógica das organizações do que à vontade, empenhamento e conhecimentos das práticas. Todavia, a falta de motivação e de espaço para reflexão e crítica cria condições desfavoráveis à investigação e problematização das práticas.

No geral, pareceu-nos que os enfermeiros centram as suas actividades nos utentes, e todas as mudanças vão no sentido de melhorar a prestação de cuidados. Reconhecendo que os maiores obstáculos estão ligados à lógica subjacente nas instituições, sentem necessidade de definição de um estatuto, e de um domínio de “saberes” mais específico e baseado na investigação. Em suma, os enfermeiros gostariam que a sua visibilidade fosse ao encontro da sua existência.

Dado o carácter do contexto de trabalho dos enfermeiros, apela-se para a complementaridade das diferentes identidades sociais e profissionais.

Em geral, os enfermeiros destacam com muita evidência a importância de um estatuto, considerando a falta do mesmo como condicionante fundamental à autonomia profissional e ao desenvolvimento de uma organização qualificante do trabalho.

Outro dos aspectos relevantes nesta investigação é a questão do poder. É bem visível a dependência dos enfermeiros ao poder médico, não só pela divisão do trabalho nestas organizações mas também pela construção sociológica de ambas as profissões. Pensámos que as questões do poder desenvolvem estratégias de revalorização

profissional, criando uma dinâmica com os outros profissionais, na procura de uma área de saber mais específica da enfermagem.

A inovação nas práticas dos enfermeiros não aparece de forma uniforme, mas constata-se que em geral é uma preocupação constante a busca da inovação do quotidiano.

A formação em enfermagem surge como um processo inerente ao desempenho profissional. Todavia concluímos que há pouca reflexão nesse mesmo desempenho, talvez devido à falta de motivação uma vez que o contexto de trabalho não é muito favorável à investigação e problematização das práticas. Paradoxalmente verifica-se que os enfermeiros em geral querem melhorar o desempenho profissional e participar nas decisões que afectam esse mesmo desempenho.

Uma outra ideia que podemos retirar desta pesquisa é que os enfermeiros dão muito valor à relação interpessoal e à assistência em enfermagem, descurando mais a educação para a saúde formalmente em contexto hospitalar. Informalmente a educação para a saúde faz parte das práticas do quotidiano na relação que estabelecem com o utente e família.

De uma forma geral, constatámos que os enfermeiros conhecem a sua área de actuação e estão preparados para actuar, mas a carga hierárquica dentro da própria profissão de enfermagem e fora é demasiada, deixando pouco espaço para que os profissionais de enfermagem se formem no desenvolvimento das suas actividades.

Concluindo, podemos dizer que quer a qualidade de cuidados de saúde a que têm direito o indivíduo, a família, a comunidade, quer a concepção actual da enfermagem, exigem enfermeiros com uma formação antropológica, sócio-cultural, científica e técnica, capazes de realizar investigação que produza novos conhecimentos, de modo a encontrar estratégias de solução na área de prestação de cuidados, de gestão de serviços de saúde e de docência. Estas e outras constatações, a partir do trabalho empírico, interessam-nos muito para estudos posteriores.

## BIBLIOGRAFIA

- ABRAMS, D.; HOGG, M.(1988), Comments on the motivational status of self-esteem in social identity and intergroup discrimination, *European Journal of Social Psychology*, Vol. 18, 317-334.
- ABRAMS, D.; HOGG, M. (1990), An introduction to the social identity approach, in Abrams, D.; Hogg, M., *Social identity theory: constructive and critical advances*, London, Harvester Wheatsheaf, 1-9.
- ABRIC, J. C. (1989), L'étude expérimentale des représentations sociales, in Jodelet, D., *Les représentations sociales*, Paris, Puf, 187-203.
- ABRIC, J. C. (1994), *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, 59-83; 179-217.
- ADAM, E (1981) - *Être Infirmière*, Monreal, 2ª edição, Ed. Harwit.
- ALFERES, Valentim (1987), O corpo: regularidades discursivas, representações e patologias, in *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 211-219.
- ANZIEU et MARTIN (1989), in Marc e Picard (1989), *Linteraction social*, Paris, PUF.
- ARGYRIS C. e SCHON, D. (1974) - *Treory in practice, increasing Professional Effectiveness*. S. Francisco, Jossey Bass.
- ARGYRIS e SCHON (1978) - *Organizational learning: a theory of action perspective*, Mass., Addison Wesley.
- ASCH, S. e ZUKIER, H. (1984), Thinking about persons, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 1230-1240.
- ATKINS, S; MURPHY, K (1993) - Reflection: a review of the literature. In, *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1188-1192.
- BACHELARD, Gaston (1976), *Filosofia do novo espírito científico*, Lisboa, Editorial Presença.

- BARBIER, Jean - Marie (1991), Le developement de la formation intégrée à l'exercice du travail. In *Revue Française de Pedagogie*, 97, 94-97.
- BARDIN, L. (1977), *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- BAUGNET, L. (1991), L'état de la question: l'identité comme paradigme, *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, nº 9-10, 15-29.
- BEEMAN, Pamela (1991), Nursing Education practice and professional identity: a transcultural course in England. In *Journal of Nursing Education*, 2 (30), 63-67.
- BERGER e LUCKMANN (1966-1976), A construção social da realidade, Petrópolis, Vozes, p. 230. In VALA, J. e MONTEIRO, B. (1993), *Psicologia social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 290.
- BERGER, Guy (1991) - A experiência pessoal e profissional na certificação de saberes: a pessoa ou a emergência de uma sociedade global. In Conf. Nac. - *Novos rumos para o ensino tecnológico e profissional*, Porto, ME/GETAP, 134-143.
- BERGER, Guy (1992), A investigação em educação: modelos sócio-epistemológicos e inserção institucional. In *Revista de Psicologia e de Ciências de Educação*, 3/4, 23-36.
- BERNOUX, Philippe (1989), La sociologie des organizations. In DURAND, Jean Pierre; Well, Robert, *Sociologie Contemporaine*, Paris, Editions Vigot, 375-394.
- BEVIS, Olivia; MURRAY, Joyce (1990) The essence of the curriculum revolution: emancipatory teaching, in *Journal of Nursing Education*, 7 (29), 326-331.
- BEVIS, Olivia; MURRAY, Joyce (1990) - The essence of the curriculum revolution emancipatory teaching. In *Journal of Nursing Education*, 7 (29), 326-331.
- BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994): *Investigação qualitativa em educação, uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto Editora.
- BOUDON, Raymond (1985), *La place du desordre: critique des théories du changement social*, Paris, PUF.
- BROWN, R.J. (1984), The effects of intergroup similarity and cooperative vs competitive orientation on intergroup discrimination, *British Journal of Social Psychology*, 23, 21-33.



CANÁRIO, Rui (1991), Mudar a escola: o papel da formação e da pesquisa. In *Inovação*, 4, (1), 77-92.

CANÁRIO, Rui (1992), Eco: um processo estratégico de mudança. In ESPINAY, Rui; CANÁRIO, Rui, *Uma escola em mudança com a comunidade, Projecto eco, 1986-1992, Experiências e reflexões*, Lisboa, Instituto de Inovação Educacional.

CANÁRIO, Rui (1994), O professor e a produção de inovações. In *colóquio, educação e sociedade*, 4, 97-121.

CARAPINHEIRO, Graça (1991), Médicos e representações da medicina: humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares. In *Sociologia - Problemas e Práticas*, 9, 27-42.

CARAPINHEIRO, Graça (1993), *Saberes e poderes no hospital, Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Edições Afrontamento.

CASTLEDINE, George; LLANDAFF, B. of (1988), *Guia para a prática de enfermagem: o processo de enfermagem*, Lisboa, Mosby Company.

CHIAVENATO, Idalberto (1980), *Introdução à teoria geral de administração*, Rio de Janeiro, 2.<sup>a</sup> ed., Ed. McGraw-Hill.

CHIAVENATO, I. (1987), *Administração, teoria, processo e prática*, S. Paulo, Ed. McGraw-Hill.

CHIAVENATO, I. (1991), *Recursos Humanos*, S. Paulo, Ed. Atlas.

CHINN, Peggy (1990) - GOSSIP: a transformative art for nursing education, in *Journal of Nursing Education*, 7 (29), 318-321.

CHOMBART DE LAUWE, M.J. (1984), La représentation des catégories sociales dominées, rôle social, intériorisation, *Bulletin de Psychologie*, Tome XXXVII, n°366, 877-880.

COHEN, Judith (1993) - Caring perspectives in nursing education: liberation, transformation and meaning. In *Journal of Advanced Nursing*, 18, 621-626.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989), *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- COLLIÈRE, Marie-Françoise, (1991), *Univers de la Profession: on Infirmière*, Paris, Presss de Lutéca.
- CORREIA, José Alberto (1991b) - Mudança educacional e formação: venturas e desventuras do processo social de produção da identidade profissional dos professores, *Inovação*, Vol. IV, nº1.
- CORREIA, José Alberto (1992) - *Dispositivos e disposições na formação de adultos: a dinâmica da formatividade* (doc. polipiado).
- CORREIA, José Alberto (1994), *Contributos para a produção de uma epistemologia das práticas formativas: análise de uma intervenção no domínio da saúde comunitária*, (doc. policopiado).
- COURTOIS, Bernadette (1989) - L'apprentissage expérientiel: une notion et des practiques à défricher, in *Educação Permanente*, 100/101.
- CROZIER, Michel et al. (1990), Culture générale et culture d'entreprise, in *education Permanente*, 103, 33-45.
- CROZIER, Michel; FRIEDBERG, Erhard (1977), *L'acteur et le système*, Paris, Ed. Du Seuil, 36-413.
- CROZIER, Michel et al (1990), Culture général et culture d'entreprise. In *Education Permanente*, 103, 33-45.
- DAVIES, Elizabeth (1995) - Reflective Practice: A Focus for Caring. In *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 34 (4), 167-174.
- DE SANTIS, L. (1994), Making anthropology clinically relevant to nursing care. In *journal of Advanced nursing*, vol. 20 (4), October, 707-715.
- DESCHAMPS, J.C. (1980), Definição de si mesmo e identidade social. In Doise et al., *Psicologia Social Experimental*, Lisboa, Moraes, 35-47.
- DESCHAMPS, J.C.; Clemence, A. (1990), *L'attribution causalité et explication au quotidien*, Niestlé, 17-43.
- DI GIACOMO, J.P. (1981), Aspects methodologiques de l'analyse des représentations sociales, *Cachiers de Psychologie Cognitive*, 1, 423-427.

- DIEHL, M. (1988), Social Identity and minimal groups: the effects of interpersonal and intergroup attitudinal similarity on intergroup discrimination, *British Journal of Social Psychology*, 27, 289-292.
- DOISE, W. (1973), Relations et représentations intergroupes, S. Moscovici (ed.), In *Introduction à la psychologie sociale II*, Paris, Larousse, 195-211.
- DOISE, W. (1986), Les représentations sociales, définitions d'un concept. In DOISE, W.; PALMONARI, A. *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel, Delacheaux & Niestlé, 13-33.
- DOISE, W. (1989), Attitudes et représentations sociales. In Jodelet, D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 220-238.
- DOISE, W.; PALMONARI, A. (1986), Caractéristiques des représentations sociales. In Doise, W.; Palmonari, A. (Ed.), *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 12-33.
- DOISE, W. (1990), Les représentations sociales e Ghiglione, C. Bonnet e J. F. Richard (eds.), *Traité de Psychologie Cognitive*, vol. II, Paris, Dunod.
- DOMINICÉ, P. (1990), *L'histoire de vie comme processus de formation*, Paris, Ed. L'harmattan.
- DOMINICÉ, P. (1991), La formation expérientielle: un concept importé pour penser la formation. In COURTOIS, B. e PINEAU, G., *La formation expérientielle des adultes*, Paris, La Documentation Française, 53-57.
- DUBAR, C. (1991), *La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles*, Paris, Armand Colin.
- DURKHEIM, E. (1924), *Sociologia e filosofia*, Rio de Janeiro, forense Universitária, ed. 1970.
- ERIKSON, E. (1976), *Identidade, juventude e Crise*, Rio de Janeiro, Zahar Editores.
- FAWCETT, J. (1989), *Análisis and evaluation of conceptual model of nursing*, 2<sup>a</sup>. ed., Philadelphia, P. A. Davis, Co, 7-69.
- FARR, R. (1984), Les représentations sociales. In Moscovici, S. (Ed.) *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 379-389.

- FERRY, G. (1980), Problématiques et pratiques de l'éducation des adultes, in *Révue Française de Pedagogie*, 50, 42-53.)
- FERRY, G. (1987), *Le trajet de la formation*, Paris, Dunod.
- FLAMENT, C. (1986), L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. In DOISE, W.; PALMONARI, A. (Ed.), *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel, Delacheaux & Niestlé, 139-155.
- FLAMENT, C. (1989), Structure et dynamique des représentations sociales. In JODELET, D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 204-219.
- FRIEDBERG, Erhard (1993), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Ed., Du Seuil.
- FREIDSON, Eliot (1970), *Professional Dominance. The social structure of medical care*, New York, Atherton, 133-134.
- GADAMER (1981), Nursing as practice. In SCUDDER, J., *The practice of caring, National League for Nursing*, New York, p. 29-52.
- GERGEN, K.J. (1985), The social constructionist movement. In modern psychology, *American Psychologist*, Vol. 40, n° 3, 266-275.
- GERGEN, K.J. (1987), Toward self as relationship. In YARDLEY K.; Honess, T. (Ed.), *Self and identity: psychosocial perspectives*, Chichester, John Wiley and Sons, 53-63.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1992), *O inquérito teoria e prática*, Lisboa, Celta Editora.
- GILLY, M. (1989), Les représentations sociales dans le champ éducatif. In JODELET, D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 363-386.
- GIROT, A. Elizabeth (1995) - Preparing the practitioner for advanced academic study: the development of critical thinking. In *Journal of Advanced Nursing*, 21, 387-389.
- GOFFMAN, E. (1983), *A representação do eu na vida do quotidiano*, Pétropolis, Vozes.
- GRANDE, Nuno (1989), *A educação médica e a saúde dos portugueses*, Porto, (documento policopiado).
- GRANDE, Nuno (1989a) - *Organizações em contexto de mudança*. Porto, (doc. policopiado).
- GRAWITZ, Madeleine (1984), *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz.

- GUIBENTIF, Pierre (1991), Tentativas para uma abordagem sociológica do corpo. In *Sociologia - Problemas e Práticas*, 9, 77-78.
- HERZLICH, C. (1970), *Medicine, maladie et société*, Paris, Mouton, 65-80.
- HERZLICH, C. (1973), La représentation social. In Moscovici, S. (Dir.), *Introduction à la psychologie sociale*, I, Paris, Librairie Larousse, 303-323.
- HESPANHA, Maria José (1987), O corpo, a doença e o médico. Representações e práticas sociais numa aldeia. In *Revista portuguesa de ciências sociais*, n.º 23, 195-209.
- HEWITT, J.P. (1991), *Self and society: a symbolic interactionist social psychology*, Boston, Allyn and Bacon.
- HEWSTONE, M. (1989), Représentations et causalité. In JODELET, D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 252-274.
- HINKLE, S. et al. (1989), Intragroup identification and intergroup differentiation: a multicomponent approach, *British Journal of Social Psychology*, 28, 305-317.
- HOGG, M.; TURNER, J. (1985a), When linking begets solidarity: an experiment on the role of interpersonal attraction. In psychological group formation, *British Journal of Social Psychology*, 24, 267-281.
- HOGG, M.; MCGARTY, C. (1990), Self-categorization and social identity. In Abrams, D.; Hogg, M., *Social identity theory: constructive and critical advances*, London, Harvester Wheatsheaf, 10-25.
- HONORÉ, Bernard (1977), *Pour une pratique de la formation*, Paris Payot.
- HONORÉ, Bernard (1984), *Former à l'hôpital*, Toulouse, Sciences de l'homme, Privat.
- HOUFEK, Julia Fisco (1992) - Nurses' Perceptions of the Dimensions of Nursing Care Episodes, in *Nursing Research*, Vol. 41 (5), 280-285.
- JAHODA, M. (1988), Critical notes and reflections on "Social representations", *European Journal of Social Psychology*, Vol. 18, 195-209.
- JARVIS, Peter (1992), Quality in practice: the role of education. In *Nurse Education Today*, 12, 3-10.
- JARVIS, Peter (1992), Reflective practice and nursing. In *nurse education today*, 12, 174-181.

- JODELET, D. (1976), *La représentation social du corps*, Paris, Gallimard.
- JODELET, D. (1984), Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In Moscovici, S. (Ed.), *Psychologie sociale*, Paris, PUF, 357-378.
- JODELET, D. (1989), Représentations sociales: un domaine en expansion. In JODELET, D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 31-61.
- KAËS, R. (1989), Psychanalyse et représentation sociale. In JODELET, D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 87-114.
- KENNETH, W. (1969), in NOGUEIRA, M. (1990), *História de enfermagem*, 2.<sup>a</sup> ed. Meur Martins, Hospitalidade.
- KÉROUVAC, Suzanne; PEPIN, Jacinthe; DUCHARME, Francine; DUWETTE, André; MAJOR, Francine (1994) - *La Pensée Infirmière*, Laval, Editors Études Vivantes.
- KOLB, David (1984), *Experiential learning - experience as the source of learning and development*, Paris, Ed. D'organization.
- KRISTJANSON, L. ; TAMBLY, R. (1987) - A model do guide development and application of multiple nursing theories. In *Journal of Advanced Nursing*, 12, 523-528.
- KUTY, Olgierd (1993), *Innover à l'hospital: analyse sociologique d'une unité de dialyse rénale*, Paris, Éd. L'Harmattan.
- KYEI, M.B. (1993) - Nurses' Knowledge and optinions about the nursing research process. In the Netherlands, in *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 18 (10), 1640-1644.
- LAPASSADE, Georges (1967), *Groupes, organisations et institutions*, Paris, Gauthier-Villars.
- LASCHINGER, H. K.S. & STUTSKY, B.J. (1995). Changes is student learning styles and adaptive learning competencies following a senior preceptorship experience. In *Journal of Advanced Nursing*, 18, 621-626.
- LASCHINGER, Heather (1990) - Review of experiential learning theory research. In the nursing profession, in *Journal of Advanad Nursing*, 15 (8), P. 985-993.
- LE BOUEDEC, Guy (1988) - *Les défis de la formation continue: développement personnel on développement professionnel?* Paris: L'Harmattan.

- LE BOTERF, Guy (1995), *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*, Paris, ed. organization.
- LEDRU, Michel; MICHEL, Sandra (1990), Description des compétences et formation. In *Education Permanente*, 105, 109-115.
- LESNE, Marcel (1984), *Lire les pratiques de socialization et formation des adultes*, Paris, Edilig, 173-200.
- LESNE, Marcel (1987) - *Trabalho pedagógico e formação de adultos*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- LESNE, Marcel; MINVIELLE, Yvon (1990) - *Socialisation et formation*, Paris, Paideia, 157-174.
- LIPIANSKY, E. M. et al (1990), Introduction à la problématique de l'identité. In CAMILLERI, C. et al., *Stratégies identitaires*, Paris, PUF, 7-45.
- LIPIANSKY, E. M. (1992), Identité et communication, Paris, PUF, 7-45; 113-180; 219-236.
- LITTLEJOHN, Stephen (1982), *Fundamentos teóricos da comunicação humana*, Rio de Janeiro, Zahar editores, 287-317.
- MALGLAIVE, Gerard (1995), *Ensinar adultos*, Lisboa, Porto Editora.
- MANDER, Rosemary (1992) - See how the learn: experience as the basis of practice. In *Nurse Education Today*, 12, p.11-18.
- MARC, E.; PICARD, D. (1989), *L'interaction sociale*, Paris, PUF, 19-170.
- MARRINER, Ann (1989) - *Modelos e Teorias de Enfermaria*. Barcelona: B. Brann-Dexon.
- MEAD, G.H. (1962), *Mind, self and society: from the standpoint of a social behaviorist*, Chicago, The University of Chicago Press.
- MELEIS, Afaf (1991) - *Theoretical nursing: development and progress*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Company.
- MOSCOVICI, S. (1961), *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.
- MOSCOVICI, Serge (1973), *Introduction à la psychologie sociale I e II*, Paris, Larousse.

- MOSCOVICI, Serge (1981), On social representations, J. P. Forges (ed.), *Social Cognition*, London, Academic Press.
- MOSCOVICI, S. (1986), L'ère des représentations sociales. In DOISE, W.; PALMONARI, A. (Ed.), *L'étude des représentations sociales*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 34-80.
- MOSCOVICI, S. (1989), Des représentations collectives aux représentations sociales. In JODELET, D., *Les représentations sociales*, Paris; PUF, 62-86.
- MUCCHIELLI, A. (1991), *Les méthodes qualitatives*, Paris, PUF.
- MUGNY, G. et al. (1984), Intergroup relations, identification and social influence, *British Journal of Social Psychology*, 23, 317-322.
- NADEAU, Jean-Guy (1989), un modèle praxeologique de formation expérientielle. In *Education Permanente*, 100/101, 97-108.
- NÓVOA, António (1987), *Le temps des professeurs*, Lisboa, Instituto Nacional de investigação Científica, vol. I, 25-50.
- NÓVOA, António; FINGER, Mathias (1988), *O método (auto)biográfico e a formação*, Lisboa, Ministério da Saúde.
- NÓVOA, António (1991), *Concepções e práticas de formação contínua dos professores*, Aveiro, Un Aveiro, 15-38.
- NUNES, Berta (1987), Sobre as medicinas e as artes de curar. In *revista crítica de ciências sociais*, n.º23, 233-242.
- PAIN, Abraham (1990), *Éducation Informelle - Les effets formateurs dans le quotidien*, Paris, L'Harmattan.
- PARSE, Rosemarie (1981), in MELEIS (1991), *Theoretical nursing: development and progress*, 2.<sup>a</sup> ed. New York, J. B. Lippincott Company.
- PARSE, Rosemarie (1992a), *Nursing science*, Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- PARSE, Rosemarie (1992b), Hombre-vida-salud, una teoria de enfermeria, in SISCA, J.R. (1992), *Modelos conceptuales de enfermeria*, Barcelona, Ediciones Doyma, 207-210.



PEARSON, Alan; VAUGHAN, Bárbara (1992), *Modelos para o exercício de enfermagem*, Lisboa, ACEPS.

PIMENTEL, Duarte e al. (1991), A estruturação das identidades no quotidiano de trabalho. O caso dos profissionais de enfermagem. In *sociologia- Problemas e práticas*, 9, 43-56.

PINEAU, G. (1991), *Reconnaitre les acquis*, Paris, Ed. Univ.

PINEAU, G. (1991), Formation expérientielle et théorie tripolar de la formation, in COURTOIS, B. & PINEAU, G., la formation expérientielle des adultes, Paris, *La documentation Française*, 29-40.

PIRES, Ana Luisa O. (1994) - *As novas competências profissionais*, em *Revista Formar*, nº10 ISSN, 1-19.

PRING (1970), in USHER e BRYAN, I. (1992), *La educación de adultos como teoria, práctica y investigación, el triangulo cautivo*, Madrid, Morata.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1992), *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa, Gradiva.

ROGERS, Martha (1992), Enfermeria: una ciência de seres humanos, in SISCA, J. R. (1992), *modelos conceptuales de enfermeria*, Barcelona, Ed. Doyma, 147-154.

ROPER, Nancy et al. (1980), *The elements of nursing*, London, Churehill Livingstone.

SAINSALEU, Renaud (1985), *L'identité au travail*, 2ª ed., Paris, FNSP.

SAINSALEU, Renaud (1992), *Sociologie de l'organization et l'entreprise*, Paris, Dalloz.

SANTOS, Boaventura S. (1987), *um discurso sobre as ciências*, Porto, Ed. Afrontamento.

SANTOS, B. (1989), *Introdução a uma ciência pós-moderna*, Porto, Afrontamento.

SCHMITT, J. (1988), Culture, identité, image, projet...d'entreprise. In *Pratiques de formation*, 15, 27-46.

SCHILDER, P. (1968), *L'image du corps*, Paris, Gallimard.

SCHON, Donald (1991), *Educating the reflective practitioner*, San Francisco: Jossey-Bass.



- SEMIN, G. (1989), Prototypes et représentations sociales. In Jodelet, D., *Les représentations sociales*, Paris, PUF, 239-251.
- SILVA, Augusto, S; PINTO, J. Madureira (ORG.), (1989, *Metodologia das ciências sociais*, Ed. Afrontamento.
- SILVA, Santos, M. (1986), Bases para a mudança na formação dos enfermeiros, in *Enfermagem*, n.º 4, 11-15.
- STRYKER, S. (1987), Identity theory: developments and extensions. In YARDLEY, K.; HONESS, T. (Ed.), *Self and identity: psychosocial perspectives*, Chichester, John Wiley and Sons, 89-103.
- TAJFEL, H. (1972a), La catégorisation social, S. Moscovici (ed.), *Introduction à la psychologie social*, vol. I, Paris, Larousse.
- TAJFEL, H. (1981), *Grupos humanos e categorias sociais*, I e II, Lisboa, Livros Horizonte.
- TAJFEL, H. (1982b), Comportamento intergrupo e psicologia social da mudança. In *Mudança social e psicologia social*, Lisboa, Livros Horizonte.
- TANNER, Christine (1992), Nursing education: The need for a New Paradigm. In *Journal of Nursing Education*, 31 (7), 293-295.
- TURNER, J. C. (1978), Social categorization and social discrimination in the minimal group paradigm, H. Tajfel (ed.), *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup relations*, Londres, Academic Press.
- TURNER, John; OAKER, P. (1986), The significance of the social identity concept for social psychology with reference to individualism, interactionism and social influence, *British Journal of Social Psychology*, 25, 237-246.
- TURNER, Jonathan (1988), *A theory of social interaction*, Stanford, University Press.
- VALA, Jorge (1986), A análise de conteúdo. In *Metodologia das ciências sociais*, Porto, Afrontamento, 101-128.
- VALA, Jorge (1993), Representações sociais- para uma psicologia social do pensamento social, em *Psicologia social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 353-384.

- VIEIRA, Margarida, M.S. (1994) - A importância ética das decisões no Cuidar em Enfermagem. Dissertação apresentada no âmbito do Mestrado em Ciências de Enfermagem, Lisboa, (doc. policopiado).
- WALDOW, Vera R.; LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar E. (1995), *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*, Porto Alegre, Artes médicas.
- WATSON, J. (1988), *Nursing: The philosophy and science of caring*, New York, National League of Nursing.
- WHILE, A.E. & BARRIBALL, K.L. (1993) - School nursing: history, present practice and possibilities reviewed, in *Journal of Advanced Nursing* 18, 1202-1211.
- YIN, Robert (1991), *Case study research- design and methods*, Newbury Park, Califórnia: sage publications.
- ZAVALLONI, M. (1973), L'identité psychosociale, un concept à la recherche d'une science. In Moscovici, S. (Dir.), *Introduction à la psychologie sociale*, Paris, Librairie Larousse, 248-263.
- ZAVALLONI, M. (1979), Identité sociale et égo-écologie - vers une science empirique de la subjectivité. In TAP, P. (Dir.), *Identités collectives et changements sociaux*, Toulouse, Privat, 195-209.
- ZEICHNER, K. (1993), *A formação reflexiva dos professores: ideias e práticas*, Lisboa, Educa.

## ANEXOS

## QUESTIONÁRIO

Este questionário insere-se num trabalho de investigação no âmbito do mestrado em Ciências da Educação - área Formação e Desenvolvimento para a Saúde, e tem como finalidade o estudo sobre “*representações que os enfermeiros têm decorrentes das práticas do quotidiano*”.

Pedimos-lhe que responda às afirmações com sinceridade, escolhendo as respostas que melhor correspondem à sua opinião.

Todas as respostas são confidenciais e contribuem para um trabalho de investigação.

Muito obrigada pela sua colaboração

1995

Maria Delminda Pinto da Cunha Gomes

## 1. DADOS PESSOAIS

1.1-Idade:

- Menos de 20 ☐  
20 a 24 ☐  
25 a 29 ☐  
30 a 34 ☐  
35 a 39 ☐  
40 ou mais ☐

1.2-Sexo

Feminino ☐ Masculino ☐

1.3-Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

1.4-Profissão: \_\_\_\_\_

1.5-Local de Trabalho: \_\_\_\_\_

1.6-Número de Anos em Enfermagem: ☐

## 2. DIGA QUANTO PARA SI É IMPORTANTE:

	Pouco	Bastante	Muito
2.1-Comunicar com equipa de trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2-Bons conhecimentos teóricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3-Boa habilidade prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4-Relação amistosa com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5-Comunicação com o doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. CONSIDERA A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM UMA ACTIVIDADE:

- 3.1-Predominantemente técnico/científica ☐  
3.2-Predominantemente prática ☐  
3.3-Simultaneamente técnico/científica e prática ☐

#### 4. O QUE CONSIDERA MAIS IMPORTANTE NO ENFERMEIRO?

(Numere de 1 a 3 considerando 1 mais importante)

- 4.1-Ser autónomo na prestação de cuidados ao doente ☐  
4.2-Ser capaz de encontrar formas inovadoras no desempenho profissional ☐  
4.3-Valoriza mais o trabalho em equipe ☐

#### 5. QUAIS SÃO AS SUAS MAIORES ASPIRAÇÕES PARA A SUA REALIZAÇÃO PESSOAL?

(Numere por ordem de importância sendo 1 mais importante)

- 5.1-Melhorar o desempenho profissional ☐  
5.2-Cumprir rigorosamente as tarefas que lhe são confiadas ☐  
5.3-Participar nas decisões que afectam o seu desempenho profissional ☐  
5.4-Chefiar uma equipa de trabalho ☐

#### 6. NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE ACHA QUE A RELAÇÃO DEVE INCLUIR:

- |                             | SIM                      | NÃO                      |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1-Comunicação emocional   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2-Troca de informações    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3Expressão de sentimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 7.ACHA QUE OS ENFERMEIROS TÊM AUTONOMIA SUFICIENTE?

SIM ☐

NÃO ☐

7.1- Se respondeu não, diga em que aspectos julga que o enfermeiro deve ter mais autonomia:

---

---

---

**8. QUE SITUAÇÕES GOSTARIA DE VER ALTERADAS, DE MODO A QUE O ENFERMEIRO TIVESSE MAIS AUTONOMIA?**

---

---

---

**9. EM QUE ACTOS DE ENFERMAGEM SE SENTE MAIS AUTÓNOMO?**

(Circunscreva um círculo no número da escolha, sendo o 0 Nenhuma Autonomia, e 4 Autonomia Total)

9.1-Administração de terapêutica	0	1	2	3	4
9.2-Comunicação com o utente/doente	0	1	2	3	4
9.3-Observação e identificação de problemas do doente	0	1	2	3	4
9.4-Técnicas especializadas	0	1	2	3	4
9.5-Outras: _____	0	1	2	3	4
_____	0	1	2	3	4
_____	0	1	2	3	4

**10. QUANDO PRESTA CUIDADOS AO DOENTE, O QUE LHE DÁ MAIS SATISFAÇÃO PESSOAL?**

(Escolha uma das alternativas)

10.1-Que os cuidados sejam da sua própria iniciativa, sujeitando-se à avaliação dos outros. ☐

10.2-Que os cuidados prestados sejam da responsabilidade da equipa que cuida o doente, ou de outro colega com estatuto superior ☐

**11. ASSINALE A RAZÃO, OU RAZÕES, QUE O LEVARAM A ESCOLHER A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM.**

(Pode assinalar mais que uma resposta)

11.1- Porque é uma profissão com futuro económico assegurado. ☐

11.2- Porque é uma profissão socialmente simpática. ☐

11.3- Porque é a minha vocação. ☐

11.4- Porque é uma profissão que privilegia o contacto com outras profissões. ☐



11.5-Porque é uma profissão que proporciona uma interacção com outras pessoas. ☐

11.6-Outras: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**12. A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM TEM ACOMPANHADO A EVOLUÇÃO DE CONHECIMENTOS, TAL COMO OUTRAS PROFISSÕES?**

SIM ☐ NÃO ☐

Justifique a resposta com algum dado concreto \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**13. COMPARANDO OS ESTATUTOS DOS DIFERENTES TÉCNICOS NA EQUIPA DE SAÚDE, INDIQUE A AFIRMAÇÃO QUE CONSIDERA MAIS ADEQUADA.**

13.1-Os diferentes técnicos estão ao mesmo nível ☐

13.2-Os diferentes técnicos têm posições diferenciadas ☐

(Se escolheu a segunda alternativa, estabeleça a hierarquia de posição da sua equipa)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14. ORDENE DE 1 A 4 (SENDO 1 O MAIS IMPORTANTE) OS FACTORES QUE CONTRIBUEM PARA QUE UMA EQUIPA SEJA IGUALITÀRIA OU HIERARQUIZADA?**

14.1-As características pessoais dos membros da equipa em geral ☐

14.2-As características pessoais dos líderes ☐

14.3-Os regulamentos das instituições ☐

14.4-O estatuto social das diferentes profissões ☐

14.5-Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15. INDEPENDENTEMENTE DO QUE SE PASSA NO SEU MEIO, COMPARE O “ESTATUTO” DO ENFERMEIRO COM O DAS PROFISSÕES ABAIXO INDICADAS**

O enfermeiro está:

Abaixo	Ao Mesmo Nível	Acima	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dos Advogados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dos Assistentes Sociais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dos Engenheiros
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dos Professores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dos Médicos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dos Psicólogos

**16. NO SEU ENTENDER COMO É QUE OS ENFERMEIROS EM GERAL REALIZAM AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO SEU QUOTIDIANO**

Classifique na escala de 1 a 5 a frequência das práticas a seguir enunciadas (circunscreva um círculo no número correspondente)

CHAVE:

- 1-Muito pouco frequente
- 2-Pouco frequente
- 3-Medianamente frequente
- 4-Bastante frequente
- 5-Muito frequente

Os enfermeiros em geral identificam as necessidades do indivíduo, família e comunidade	1	2	3	4	5
Os enfermeiros em geral envolvem o utente e familiares na prestação de cuidados	1	2	3	4	5
Os enfermeiros em geral utilizam uma metodologia científica na prestação de cuidados	1	2	3	4	5

Os enfermeiros em geral interessam-se por trabalhar em equipe	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral executam acções de enfermagem planeadas por si	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral executam acções de enfermagem planeadas pelos seus superiores hierarquicos	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral assumem a responsabilidade dos cuidados a prestar	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral têm oportunidade de participar nas decisões que afectam o seu desempenho profissional	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral encontram formas inovadoras no desempenho profissional do dia a dia	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral adoptam o modelo psicossocial na prestação de cuidados	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral utilizam os conhecimentos da população na prevenção e recuperação da doença	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral avaliam os resultados da acção de educação na saúde	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral participam na formação em contexto de trabalho ajudando ao desenvolvimento de competências	1 2 3 4 5
Os enfermeiros em geral identificam áreas que podem ser alvo de investigação, de forma a aumentar o corpo de conhecimentos da profissão	1 2 3 4 5

- Os enfermeiros em geral são críticos e inovadores nas práticas do quotidiano 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral constroem dinâmicas interactivas entre as diferentes instituições, de modo a contribuir para uma formação na saúde 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral dinamizam as práticas profissionais com vista à construção de «saberes» em enfermagem 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral identificam nas práticas o âmbito da sua actuação 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral têm em atenção a avaliação que os utentes fazem dos cuidados de enfermagem 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral relacionam a enfermagem com as metodologias das ciências biológicas, isto é com objectividade, reducionismo, quantificação e verificação 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral participam no planeamento dos cuidados de saúde na instituição onde trabalha 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral promovem a saúde junto do individuo, família e comunidade, estimulando estilos de vida saudáveis 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral têm em conta a influência que o meio pode ter na saúde do individuo e comunidade 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral respeitam a diversidade cultural, na prestação de cuidados à população 1 2 3 4 5
- Os enfermeiros em geral colaboram na redefinição e desenvolvimento de competências profissionais, questionando as práticas do dia a dia 1 2 3 4 5

# **16 - OPINIÃO SOBRE A FREQUÊNCIA DE DETERMINADAS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO QUOTIDIANO DOS ENFERMEIROS**

PRÁTICAS	ORDENAÇÃO						TOTAL
	1	2	3	4	5	NR	
1 - Os enfermeiros em geral identificam as necessidades do indivíduo, família e comunidade	6 3.33	16 8.89	46 25.56	60 33.33	45 25.00	7 3.89	180 100
2 - Os enfermeiros em geral envolvem o utente e familiares na prestação de cuidados	16 8.89	36 20.00	62 34.44	44 24.44	14 4.78	8 4.44	180 100
3 - Os enfermeiros em geral utilizam uma metodologia científica na prestação de cuidados	7 3.89	21 11.67	44 24.44	67 37.22	32 17.78	9 5.00	180 100
4 - Os enfermeiros em geral interessam-se por trabalhar em equipa	2 1.11	3 1.67	25 13.89	81 45.00	65 36.11	4 2.22	180 100
5 - Os enfermeiros em geral executam acções de enfermagem planeadas por si	5 2.78	14 7.78	31 17.22	71 39.44	55 30.55	4 2.22	180 100
6 - Os enfermeiros em geral executam acções de enfermagem planeadas pelos seus superiores hierárquicos	15 8.33	26 14.44	44 24.44	61 33.83	28 15.56	6 3.33	180 100
7 - Os enfermeiros em geral assumem a responsabilidade dos cuidados a prestar	2 1.11	6 3.33	10 5.56	51 28.33	107 59.44	4 2.22	180 100
8 - Os enfermeiros em geral têm oportunidade de participar nas decisões que afectam o seu desempenho profissional	18 10.00	27 15.00	69 38.33	46 25.56	15 8.33	5 2.78	180 100
9 - Os enfermeiros em geral encontram formas inovadoras no desempenho profissional do dia a dia	6 3.33	34 18.89	60 33.33	58 32.22	18 10.00	4 2.22	180 100
10 - Os enfermeiros em geral adoptam o modelo psicossocial na prestação de cuidados	14 7.78	21 11.67	64 35.56	60 33.33	13 7.22	8 4.44	180 100
11 - Os enfermeiros em geral avaliam os resultados da acção de educação na saúde	27 15.00	48 26.67	56 31.11	31 17.22	10 5.56	8 4.44	180 100
12 - Os enfermeiros em geral avaliam os resultados da acção de educação na saúde	13 7.22	64 35.56	46 25.56	36 20.00	14 7.78	7 3.89	180 100
13 - Os enfermeiros em geral participam na formação em contexto de trabalho ajudando ao desenvolvimento de competências	5 2.78	35 19.44	57 31.67	57 31.67	17 9.44	9 5.00	180 100
14 - Os enfermeiros em geral identificam áreas que podem ser alvo de investigação, de forma a aumentar o corpo de conhecimentos da profissão.	21 11.67	43 23.89	53 29.44	43 23.89	14 7.78	6 3.33	180 100
15 - Os enfermeiros em geral são críticos e inovadores nas práticas do quotidiano	5 2.78	12 6.67	64 35.56	65 36.11	28 15.56	6 3.33	180 100
16 - Os enfermeiros em geral constroem dinâmicas interactivas entre as diferentes instituições, de modo a contribuir para uma formação na saúde	22 12.22	53 29.44	64 35.56	29 16.11	4 2.22	8 4.44	180 100
17 - Os enfermeiros em geral dinamizam as práticas profissionais com vista à construção de "saberes" em enfermagem	15 8.33	35 19.44	64 35.56	46 25.56	13 7.22	7 3.89	180 100
18 - Os enfermeiros em geral identificam nas praticas o âmbito da sua actuação	4 2.22	14 7.78	64 35.56	66 36.67	23 12.78	9 5.00	180 100
19 - Os enfermeiros em geral têm em atenção a avaliação que os utentes fazem dos cuidados de enfermagem	6 3.33	17 9.44	52 28.89	75 41.67	22 12.22	8 4.44	180 100
20 - Os enf. em g. relacionam a enf. com as metodologias das c. biológicas, isto é, com objectividade, reducionismo, quantificação e verificação.	12 6.67	28 15.56	70 38.89	46 25.56	13 7.22	11 6.11	180 100
21 - Os enfermeiros em geral participam no planeamento dos cuidados de saúde na instituição onde trabalham	20 11.11	21 11.67	44 24.44	59 32.78	28 15.56	8 4.44	180 100
22 - Os enfermeiros em geral promovem a saúde junto do indivíduo, família e comunidade, estimulando estilos de vida saudáveis	12 6.67	15 8.33	65 36.11	58 32.22	21 11.67	9 5.00	180 100
23 - Os enfermeiros em geral têm em conta a influência que o meio pode ter na saúde do indivíduo e comunidade	7 3.89	12 6.67	56 31.11	70 38.89	27 15.00	8 4.44	180 100
24 - Os enfermeiros em geral respeitam a diversidade cultural, na prestação de cuidados à população	5 2.78	11 6.11	40 22.22	74 41.11	41 22.78	9 5.00	180 100
25 - Os enfermeiros em geral colaboram na redefinição e desenvolvimento de competências profissionais, questionando as práticas do dia a dia.	5 2.78	22 12.22	65 36.11	52 28.89	28 15.56	8 4.44	180 100

1 - Muito pouco frequente; 2 - Pouco frequente; 3 - Medianamente frequente; 4 - Bastante frequente; 5 - Muito frequente